

2002

www.icis.ca

Les soins de santé au Canada



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information



Statistique
Canada

Statistics
Canada

2002

www.icis.ca

Les soins de santé au Canada



Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié. Pour commander des exemplaires imprimés, veuillez utiliser le bon de commande à la fin du document.

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario) Canada
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-019-8

© 2002 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title of:
Health Care in Canada 2002 ISBN 1-55392-018-X

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

Depuis 1994, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un organisme pancanadien, autonome et sans but lucratif, travaille à améliorer la santé du système de santé et celle des Canadiens en fournissant une information fiable et opportune sur la santé. Le mandat de l'Institut, tel que défini par les ministres de la Santé du Canada, est de développer et de maintenir un système commun d'information sur la santé au pays. À cette fin, l'ICIS fournit l'information visant à faire progresser les politiques canadiennes de la santé, à améliorer la santé de la population, à renforcer notre système de santé et à aider les dirigeants du secteur de la santé à prendre des décisions avisées.

Voici la composition du Conseil d'administration de l'ICIS en date de mars 2002 :

- **M. Michael Decter** (président), Lawrence Decter Investment Counsel Inc.
- **M. Tom Closson** (vice-président), président-directeur général, University Health Network
- **M. Richard Alvarez** (d'office), président-directeur général, ICIS
- **M. Daniel Burns**, sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- **D^e Penny Ballem**, sous-ministre des Services de santé, Colombie-Britannique
- **M. Ivan Fellegi**, statisticien en chef, Statistique Canada
- **M. Rory Francis**, sous-ministre, Prince Edward Island Ministry of Health and Social Services
- **M. Ian Green**, sous-ministre de la Santé, Santé Canada
- **D^r Michael Guerriere**, président-directeur général, HealthLink Clinical Data Network Inc.
- **M. Terry Kaufman**, directeur général, CLSC Notre-Dame de Grâce/Montréal-Ouest
- **D^r Cameron Mustard**, directeur scientifique, Institut de recherche sur le travail et la santé
- **D^r Brian Postl**, président-directeur général, Winnipeg Regional Health Authority
- **M. Rick Roger**, président-directeur général, Vancouver Island Health Authority
- **D^r Thomas F. Ward**, sous-ministre, Nova Scotia Department of Health
- **M^{me} Sheila Weatherill**, présidente-directrice générale, Capital Health Authority, Edmonton
- **M^{me} Kathleen Weil**, présidente du Conseil d'administration, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

À propos de Statistique Canada

En vertu de la *Loi sur la statistique*, Statistique Canada recueille, compile, analyse, dépouille et publie des statistiques relatives à la santé et au bien-être des Canadiens. L'objectif principal de la Division des statistiques sur la santé est de fournir des statistiques et des analyses sur la santé de la population, sur les déterminants de la santé, de même que sur l'ampleur du secteur de la santé au Canada et son utilisation.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé désire remercier les nombreuses personnes et les nombreux groupes qui ont collaboré à l'élaboration du rapport.

Nous aimerions notamment exprimer notre reconnaissance aux membres du Groupe d'experts dont les conseils judicieux se sont avérés précieux pendant le processus d'élaboration du rapport. Les membres en 2002 sont :

- **M. Steven Lewis** (président), président, Access Consulting Ltd., Saskatoon; Centre for Health and Policy Studies, University of Calgary
- **D^r John Millar** (covice-président), vice-président, Recherche et santé de la population, ICIS
- **D^r Michael Wolfson** (covice-président), statisticien en chef adjoint, Analyse et développement, Statistique Canada
- **D^r Ross Baker**, professeur agrégé, University of Toronto
- **D^r Morris Barer**, directeur scientifique, Institute of Health Services and Policy Research, Canadian Institute of Health Research, University of British Columbia
- **D^{re} Charlyn Black**, directrice, Centre for Health Service and Policy Research, University of British Columbia
- **M. Gary Catlin**, directeur, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada
- **M^{me} Carmen Connolly**, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne, ICIS
- **D^r Victor Dirnfeld**, président sortant, Association médicale canadienne; chef du personnel médical, The Richmond Hospital
- **D^r Clyde Hertzman**, directeur, Programme de santé de la population, Institut canadien des recherches avancées; professeur, Department of Health Care and Epidemiology, University of British Columbia
- **D^r Alejandro Jadad**, directeur, Program in eHealth Innovation; professeur, Depts of Anesthesia and Health Policy, Management and Evaluation, University Health Network et University of Toronto
- **M. Jonathan Lomas**, directeur exécutif, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
- **D^r Frank Markel**, directeur exécutif, Comité mixte de la politique et de la planification
- **D^r Richard Massé**, sous-ministre adjoint à la Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
- **D^r Cameron Mustard**, directeur scientifique, Institut de recherche sur le travail et la santé et Public Health Sciences, University of Toronto
- **M^{me} Wendy Nicklin**, agente d'exploitation et vice-présidente, soins infirmiers, soins intensifs, urgence, traumatologie, obstétrique et gynécologie et soins aux nouveau-nés, campus Civic, Hôpital d'Ottawa
- **D^r Denis Roy**, adjoint au directeur, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
- **D^{re} Judith Shamian**, directrice exécutive, Politique des soins infirmiers, Santé Canada
- **D^r Robert Williams**, directeur médical, North Network, Timmins and District Hospital
- **M^{me} Jennifer Zelmer** (d'office), directrice, Rapports sur la santé et analyse, ICIS

Il importe de souligner que les analyses et les conclusions présentées dans le rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des membres du Groupe d'experts ou des organismes auxquels ils sont associés.

Le comité de rédaction du rapport de 2002 était formé de Steven Lewis, Jennifer Zelmer et Kira Leeb. Les membres reconnus de l'équipe de projet comprenaient également : Matthew Alexander, Dalila Bakhti, Lisa Brazeau, Janet Brown, Judy Brown, Paulina Carrion, Zeerak Chaudhary, Ruth Diaz, Shelley Drennan, Kristina Dubois, Lynne Duncan, Patricia Finlay, Glenda Gagnon, Lise Gagnon, Cheryl Gula, Sharon Gushue, Erin Kennedy, Anne Lauzon, Anick Losier, Laura MacLeod, Haider Mannan,

David Marshall, Christina Mathers, Karen McCarthy, Christa Morley, Caroline Morrissette, Lise Poirier, Joan Porter, Marie Pratte, Indra Pulcins, Maria Santos, Karin Schoeberle, Serge Taillon, Linda Turner, Eugene Wen, Juliann Yang et Scott Young.

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans l'appui et l'aide de plusieurs autres personnes et organisations, y compris les représentants des nombreuses régions sanitaires et des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, qui ont compilé des données, effectué des recherches et apporté un appui financier et logistique.

Points saillants des chapitres

Les soins et l'entraide

Ce que nous savons

- L'espérance de vie à la naissance au Canada était de 79 ans en 1997, l'une des plus élevées au monde. Mais tous n'ont pas la même chance de vivre longtemps et en santé. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Les régions du Canada affichent aussi certains écarts. Il y a également des différences dans la façon dont les Canadiens évaluent leur propre santé. Dans l'ensemble, près des deux tiers (61 %) des Canadiens de 12 ans et plus ont dit être en très bonne ou en excellente santé en 2000-2001.
- En 2000-2001, la majorité des Canadiens (78 % des 12 ans et plus) ont déclaré avoir consulté un médecin de famille au moins une fois au cours de l'année précédente. Ils étaient nombreux également à consulter d'autres professionnels de la santé. Les visites chez les dentistes/orthodontistes (60 %), les spécialistes de la vue (38 %) et d'autres médecins (28 %) étaient les plus courantes.
- Les Canadiens ont passé presque 21 millions de jours en tant que patients hospitalisés dans les hôpitaux de soins de courte durée en 1999-2000, une baisse de 15,6 % par rapport à 1994-1995. En revanche, de plus en plus de patients ont subi une chirurgie d'un jour pendant cette période. En Ontario par exemple, leur nombre a augmenté de 18 %.
- Les hôpitaux dans plusieurs provinces surveillent maintenant combien de temps les patients attendent à l'urgence après qu'un professionnel de la santé ait décidé qu'ils doivent être hospitalisés. Les données de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario révèlent que le temps d'attente médian était d'environ 1,5 heure en 2000-2001.
- En 2000-2001, environ 4,9 millions de Canadiens de 12 ans et plus (19 %) ont déclaré avoir consulté un chiropraticien ou un autre type de dispensateur de soins complémentaires ou parallèles, une hausse par rapport à 14 % en 1994-1995.
- Parallèlement, 13 % des Canadiens ont rapporté que leurs besoins en matière de santé n'ont pas été comblés en 2000-2001, une augmentation par rapport à 6 % en 1998-1999. De ce nombre, la moitié (50 %) ont dit que les raisons étaient associées à la disponibilité des soins, y compris les longues périodes d'attente.

Ce que nous ignorons

- Quelles sont les répercussions de la hausse dans les chirurgies d'un jour sur les rôles relatifs des hôpitaux, des soins à domicile et des soins auto-administrés? Dans quelle mesure la combinaison changeante des services hospitaliers répond aux besoins des collectivités?
- Comment la satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers et d'autres types de services se compare d'un bout à l'autre du pays? Quels facteurs expliquent les degrés de satisfaction plus élevés et moins élevés?
- Quels sont les temps d'attente respectifs d'un océan à l'autre? Quel pourcentage des temps d'attente entre dans le cadre des lignes directrices recommandées pour les différents traitements? Quelles sont les répercussions émotionnelles et physiques de l'attente?

Les gens, les coûts, l'information

Ce que nous savons

- Plus de 1,5 million de Canadiens travaillaient dans la santé et les services sociaux en 2000. Les plus grosses professions de la santé sont les soins infirmiers (232 000 IA travaillaient en soins infirmiers en 2000) et la médecine (57 800 médecins en pratique clinique et non clinique en 2000). Le nombre, la répartition géographique, les milieux de travail, la vie professionnelle, les cadres des fonctions et d'autres caractéristiques des professionnels de la santé continuent d'évoluer.
- Les dépenses de santé au Canada sont plus élevées que jamais. Elles ont franchi la barre des 100 milliards de dollars pour la première fois en 2001. En tout, nous avons dépensé 102,5 milliards de dollars (prévision) pour améliorer et maintenir notre santé, une moyenne d'environ 3 300 \$ par personne. Les hôpitaux en consomment la plus grosse part (32 % en 2001), mais les dépenses en médicaments — constituant maintenant 15 % des dépenses — ont devancé les services médicaux (14 % en 2001) à titre de deuxième catégorie en importance en 1997.
- Selon l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada, les dépenses moyennes *par ménage* en 2000 s'élevaient à 1 357 \$, une hausse par rapport à 1 009 \$ en 1996. La plus grosse part allait aux primes d'assurance-maladie, puis aux produits médicaux et pharmaceutiques et aux services dentaires. Les dépenses de santé varient aussi en fonction du revenu des ménages. Le groupe dont le revenu est plus élevé a dépensé trois fois plus d'argent pour les soins de santé que les ménages à faible revenu (somme ajustée en fonction de la taille des ménages). Mais le groupe à faible revenu a consacré une plus grande partie de son revenu après impôt aux soins de santé en 2000 (3,9 % contre 2,6 %).
- Les étudiants d'aujourd'hui sont aux prises avec des frais de scolarité de plus en plus élevés. Par exemple, les frais de scolarité annuels moyens pour les programmes d'art dentaire sont passés de 5 425 \$ à 8 491 \$ (une hausse de 57 %) entre 1998-1999 et 2001-2002. Pendant la même période, les frais de scolarité des étudiants en médecine ont augmenté de 39 % (pour atteindre 6 654 \$).
- Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux financent certains services de soins à domicile mais la couverture n'est pas la même. En 1998-1999, les gouvernements ont consacré un peu moins de 3 milliards de dollars aux soins à domicile, une hausse importante sur 10 ans.
- L'Internet est devenu une source d'information sur la santé pour les patients et les médecins. Par exemple, un sondage récent de l'Association médicale canadienne a révélé que presque 80 % des médecins utilisaient l'Internet à la maison ou au bureau et 30 % recommandaient occasionnellement des sites Web médicaux à leurs patients.

Ce que nous ignorons

- Compte tenu des caractéristiques démographiques, de la main-d'œuvre, de la santé, des soins de santé et d'autres tendances, comment la combinaison actuelle des dispensateurs de soins correspond aux besoins actuels et à venir de la population en matière de santé?
- Quelles seront les conséquences des changements dans les modèles de réglementation et les cadres des fonctions professionnelles sur le nombre et la répartition des professionnels de la santé, sur notre capacité à répondre aux besoins à venir en matière de soins de santé, sur la façon dont les professionnels organisent et dispensent les services et sur la qualité des soins?

- Comment les divers agencements de financement public et privé et de prestation des services, surtout dans les secteurs en pleine croissance comme les médicaments et les soins à domicile, influencent les coûts, l'accès, la qualité, les résultats pour les patients et leur satisfaction?
- Combien d'argent est dépensé chaque année pour les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie? Comment cela évolue-t-il?
- Quels sont les effets sur la santé et les soins de santé de l'accès de plus en plus répandu à une vaste quantité d'information non réglementée sur la santé au moyen de l'Internet?
- Les receveurs de rein ou de cœur entre 1995 et 2000 avaient de meilleures chances de survie que ceux qui ont subi leur transplantation entre 1989 et 1994.
- Dans le cas de nombreux types de soins et de chirurgies, les recherches indiquent que les patients soignés dans les hôpitaux où le nombre de cas est plus élevé courent souvent moins de risques d'avoir des complications ou de mourir après une chirurgie. La plupart des Canadiens sont opérés dans des hôpitaux à volume élevé, mais de nombreux hôpitaux pratiquent très peu d'interventions chirurgicales. Par exemple, tout près de une de quatre chirurgies pour le cancer du pancréas — aussi appelée intervention de Whipple — pratiquée en 1999-2000 a été faite dans des hôpitaux qui en font moins de cinq par année. Certains hôpitaux en font plus de 25 chaque année.

Le résultat des soins

Ce que nous savons

- Dans l'ensemble, 19,2 % et 12,6 % des patients victimes d'un ACV ou d'une crise cardiaque sont décédés à l'hôpital dans les 30 jours de l'admission initiale entre 1997-1998 et 1999-2000. Les taux dans la plupart des grandes régions du Canada (100 000 habitants ou plus) après avoir été ajustés en fonction des différences dans l'âge, le sexe et la comorbidité, étaient semblables à cette moyenne. Par contre, les taux dans certaines régions étaient plus élevés ou moins élevés.
- Dans toutes les régions, peu importe leur taille, 7,3 % des patients victimes d'une crise cardiaque, 6,4 % pour l'asthme, 1 % pour une hystérectomie et 2,5 % pour une prostatectomie, ont dû retourner à l'hôpital d'une manière imprévue dans les 28 jours à cause d'un problème de santé connexe. Les taux dans la plupart des régions se rapprochaient des taux généraux, mais ils s'en écartaient considérablement dans certaines régions, même après qu'on ait tenu compte des différences dans les facteurs de risque.
- Les taux relatifs de survie sur cinq ans pour le cancer varient selon l'endroit où vous habitez. Par exemple, la survie relative sur cinq ans des personnes atteintes du cancer de la prostate (91 %) ou du sein (85 %) était la plus élevée en Colombie-Britannique. Les taux étaient de 87 % et de 82 % respectivement à l'échelle du pays.

Ce que nous ignorons

- Qu'est-ce qui explique les différences régionales dans la mortalité, les réadmissions et la survie?
- Pour quelles chirurgies, s'il en est, les hôpitaux qui traitent un petit nombre de cas exposent-ils les patients à des risques plus élevés de complications et de décès? Pour ces interventions, quel est le nombre optimal ou minimum qu'un hôpital devrait effectuer pour dispenser des soins efficaces et sans danger? Combien de décès pourraient être prévenus si les chirurgies étaient pratiquées dans les centres à volume élevé? Quels autres compromis faudrait-il faire si les interventions chirurgicales étaient centralisées?
- Quel est le lien entre ce que nous dépensons pour des interventions précises et les bienfaits qu'elles apportent?
- Quel est l'état de santé des patients trois, six et 12 mois après la plupart des types de chirurgie?

Santé publique : on veille au grain

Ce que nous savons

- Le tabagisme demeure une menace à la santé publique au Canada. En 2000-2001, 5,5 millions de Canadiens de 12 ans et plus (presque 22 %) ont dit fumer des cigarettes chaque jour, dont 13 % des 12-19 ans et 10 % des personnes âgées. La proportion de Canadiens qui ont déclaré fumer quotidiennement a diminué dans les 20 dernières années. En 1978-1979, 37 % des 15 ans et plus ont dit fumer régulièrement.
- Les enfants canadiens sont systématiquement vaccinés contre neuf maladies : la polio, la coqueluche, le tétanos, la diphtérie, l'hémophilus *influenzae* type b (Hib), la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B. Chaque province et territoire met au point son propre calendrier pour la vaccination des enfants.
- En 2000-2001, Statistique Canada a demandé aux Canadiens s'ils avaient été vaccinés contre la grippe au cours de l'année précédente. Environ deux personnes âgées sur trois (65 %) ont dit l'avoir été, par rapport à un peu plus de la moitié (51 %) en 1996-1997. Cela se compare à 27 % des Canadiens de 12 ans et plus, une hausse par rapport à un peu moins de 15 % en 1996-1997.
- Environ un milliard de gens qui vivent dans des pays en voie de développement sont à risque car leur eau potable est insalubre, selon les estimations des Nations Unies. La plupart des Canadiens sont plus chanceux. En général, notre eau potable est salubre, quoique des flambées de maladies d'origine hydrique se produisent à l'occasion.

- Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs évalue les faits entourant ce qui doit être inclus et ce qui doit être exclus des examens de santé périodiques des Canadiens d'âge différent. Ainsi, ils recommandent des mammographies de dépistage systématiques pour les femmes âgées entre 50 et 69 ans, et des tests de Pap pour les femmes dès qu'elles deviennent actives sexuellement ou dès l'âge de 18 ans (selon le premier de ces événements) jusqu'à 69 ans. En 2000-2001, 70 % des Canadiennes de 50 à 69 ans ont dit avoir passé une mammographie dans les deux années précédentes, aux fins de dépistage ou autres. Elles étaient plus nombreuses (73 % des 18-69 ans) à avoir subi un test de Pap dans les trois années précédentes.

Ce que nous ignorons

- Combien de Canadiens tombent malades chaque année à cause d'aliments ou de l'eau non salubres? Quelles sont les répercussions à court et à long terme de leurs maladies?
- Combien d'enfants reçoivent tous les vaccins recommandés selon le calendrier prévu?
- Laquelle parmi la vaste gamme des stratégies possibles de promotion de la santé, dont plusieurs visent à influencer les résultats pour la santé à très long terme, offre le plus de bienfaits relativement aux ressources qui doivent être engagées?
- Comment les groupes bénévoles, communautaires et d'entraide, ainsi que le monde des affaires, contribuent à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et à la protection de la santé?

Soigner la maladie : consommation et coûts des médicaments au Canada

Ce que nous savons

- Des millions de Canadiens prennent des médicaments chaque jour. Presque huit Canadiens de 12 ans et plus sur 10 (78 %) ont dit avoir consommé un ou plusieurs médicaments en vente libre ou de prescription au cours du mois précédent en 1998-1999. Les femmes et les aînés étaient plus susceptibles que les autres d'avoir déclaré faire usage de médicaments.
- Les analgésiques—de l'aspirine à la morphine—figurent parmi les médicaments les plus utilisés. Dans une enquête réalisée par Statistique Canada en 1998-1999, environ 65 % des Canadiens ont dit avoir pris des analgésiques au cours du mois précédent. Parmi les autres médicaments couramment utilisés, mentionnons les médicaments pour le cœur (13 %), contre les maux d'estomac (13 %), la pénicilline ou d'autres antibiotiques (8 %), les somnifères et les calmants (5 %) et les antidépresseurs (4 %).
- En 1997, les ventes au détail de médicaments sont devenues la deuxième catégorie en importance des dépenses totales de santé (après les hôpitaux), devant les services médicaux. On estime qu'en tout, les Canadiens auront dépensé plus de 15,5 milliards de dollars en médicaments en 2001, une hausse de 8,6 % par rapport à l'année précédente. Il s'agit d'un peu plus de 500 \$ par personne.
- En 2000, les fabricants ont vendu pour environ 6,3 milliards de dollars en médicaments brevetés au Canada, selon le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). C'est un peu moins que les deux tiers (63 %) des ventes totales de médicaments au pays, une hausse par rapport à 43,3 % en 1995.

Le gros du reste des ventes (28 %) était des médicaments d'origine non brevetés vendus par des compagnies qui vendent également des médicaments brevetés. Les médicaments « génériques » — des répliques des médicaments dont le brevet original a expiré — constituaient environ 9 % des ventes en 2000.

- En 1998-1999, les trois quarts (75 %) des Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir une assurance-médicaments publique ou privée (avec des franchises différentes). Les jeunes adultes et les Canadiens à faible revenu étaient moins susceptibles d'être assurés. Cette situation reflète dans une certaine mesure le fait que l'assurance privée est souvent un avantage offert par l'employeur qui couvre l'employé et les personnes à charge.

Ce que nous ignorons

- Comment les changements dans la protection par brevet ainsi que dans les programmes d'assurance-médicaments et les formulaires pharmaceutiques des provinces et des territoires ont-ils affecté l'utilisation des médicaments, les coûts et les résultats pour les patients?
- Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour contrôler les coûts et les augmentations de l'utilisation, tout en assurant la qualité des soins aux patients?
- Est-ce que les facteurs derrière les augmentations récentes des dépenses en médicaments sont les mêmes partout au pays?
- Quelles méthodes aident les patients et leurs dispensateurs de soins à maximiser les bienfaits des médicaments tout en minimisant les risques?

Table des matières

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	iii
À propos de Statistique Canada	iii
Remerciements	v
Points saillants des chapitres	vii
Au sujet de ce rapport	1
Chapitre 1 : Une année dans la vie du système de santé canadien	5
Nouveaux rapports, nouveaux rebondissements	5
De plus en plus cher... mais pensez à long terme	6
Les ressources humaines de la santé : une grande préoccupation	7
À la recherche d'une meilleure organisation des soins	7
Les soins primaires : la réforme évasive	8
La science et la technologie vont de l'avant	8
Plus de changements à venir...	9
Pour en savoir davantage	10
Partie A : Dans les coulisses du système de santé canadien	11
Chapitre 2 : Les soins et l'entraide	13
Les soins médicaux et les autres types de soins aujourd'hui	14
Choisir d'autres options	15
Ce que les Canadiens pensent...	16
... de l'accès aux soins	17
Surveiller l'heure : les temps d'attente dans les soins de santé	18
Un exemple de ce qui est mesuré	19
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	21
Pour en savoir davantage	22
Chapitre 3 : Les gens, les coûts, l'information	23
Les gens	23
Les infirmières canadiennes	24
Tendances chez les médecins	25
Les dispensateurs de demain	26
Les frais de scolarité	27
Administrer les soins de santé au Canada	28
Les dépenses de santé	29
Diviser les dollars de la santé : qui paie?	29
Comment le Canada se compare?	29
Gros plan sur le Canada	30
Diviser les dollars de la santé : où va l'argent	32
L'information : une autre ressource pour la santé	34
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	36
Pour en savoir davantage	37

Partie B : Rapports approfondis	39
Chapitre 4 : Le résultat des soins	41
Survivre à une crise cardiaque ou à un ACV	41
Du nouveau en 2002	43
Retour à l'hôpital	45
Réadmissions pour un IAM et l'asthme	46
Survivre au cancer	48
Quand un organe défaille...	49
Après une transplantation	51
Sur la scène internationale	52
Volume et résultats des chirurgies — Un autre regard	52
La situation au Canada : du nouveau cette année	53
Ce que les données révèlent	54
Faut-il faire des compromis?	55
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	56
Pour en savoir davantage	57
Chapitre 5 : Santé publique : on veille au grain	59
Enrayer la maladie	60
Salubrité de l'eau potable	60
Assurer la salubrité de l'eau potable	61
Avis de faire bouillir l'eau - Une solution immédiate mais temporaire?	62
Ce que les Canadiens pensent	63
Une bouffée d'oxygène pour la santé publique	63
Protéger les enfants canadiens	64
Les adultes et le vaccin contre la grippe	66
Syphilis : l'espoir et la menace	67
La santé des femmes : le dépistage du cancer du sein et du col utérin	67
Faire passer le message : un portrait de la promotion de la santé au Canada	69
Un avenir en santé	69
Quand arrêteras-tu de fumer?	70
Réduire les dangers : l'exemple de l'infection au VIH	71
Faire face aux urgences	72
Qui intervient?	72
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	73
Pour en savoir davantage	74
Chapitre 6 : Soigner la maladie : consommation et coûts des médicaments au Canada	77
Le monde des produits pharmaceutiques : la réglementation	77
Comment les nouveaux médicaments sont conçus, développés et approuvés	78
Après l'approbation, la surveillance	79
Pourquoi faut-il une prescription pour certains médicaments?	80
Qui prend quels médicaments?	80
L'ancien ou le nouveau? Les choix à faire	81
La durée d'un brevet	82
Combien dépensons-nous?	84
Qui bénéficie d'une assurance-médicaments?	85
Pourquoi les dépenses en médicaments augmentent-elles?	87
Les lacunes de l'information — Quelques exemples	89
Pour en savoir davantage	90
Partie C : Perspectives	93
Chapitre 7 : Conclusion	95
Pour en savoir davantage	97

Index
Bon de commande
À vous la parole

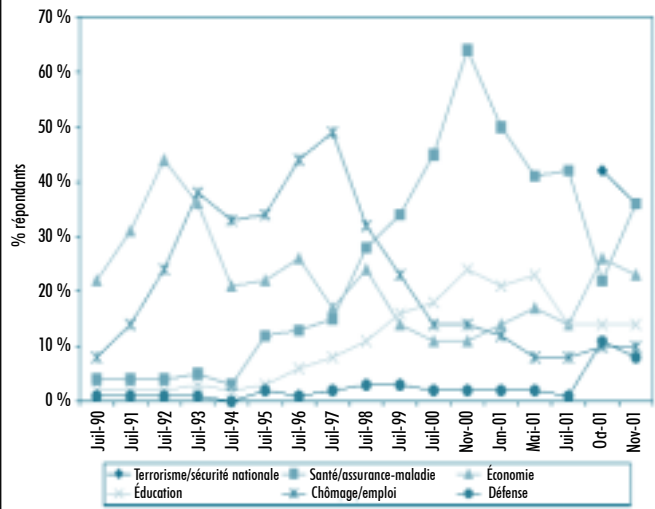
Au sujet de ce rapport

La santé et les soins de santé continuent d'être une priorité pour les Canadiens. Dans la dernière année, plusieurs provinces ont effectué une révision stratégique de

Les principales inquiétudes de la population canadienne

1

Selon vous, quels sont les enjeux les plus importants auxquels fait face le Canada? Ce diagramme présente les six principaux enjeux à l'échelle nationale désignés par les Canadiens dans le cadre de sondages menés par Ipsos-Reid au cours de la dernière décennie. En novembre 2000, les soins de santé ont été cités le plus souvent comme étant la plus grande priorité au pays. Les opinions ont changé dernièrement en raison des événements du 11 septembre 2001.



Source : Ipsos-Reid.

Canadiens, des médias, et ainsi de suite, contribuent également à la définition de nouveau contenu.

leur système de santé; d'autres ont lancé de nouvelles études. Au fédéral, la Commission Kirby (mise sur pied par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, et dirigée par le sénateur Kirby) et la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, dirigée par Roy Romanow, ont publié un rapport d'étape. Malgré les différences dans les centres d'intérêt et les approches, un thème commun ressort de toutes les études et les rapports : nous ne pouvons pas améliorer ce que nous ne pouvons pas mesurer — et nous ne pouvons pas mesurer sans avoir des données opportunes et fiables qui brossent un tableau fidèle de la santé de la population et du fonctionnement du système de santé.

Les soins de santé au Canada 2002, une entreprise conjointe de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada, est le troisième d'une série de rapports annuels lancée en 2000. Il s'inscrit dans le cadre de l'engagement de fournir des données et des analyses fiables pour éclairer le débat public. Chaque rapport prend appui sur les précédents, ainsi que sur la recherche à l'échelle locale, régionale, provinciale, territoriale, nationale et internationale. Les commentaires des professionnels de la santé, des chercheurs, des

Chaque année, nous présentons des données mises à jour et des analyses élargies sur des questions dont la pertinence est toujours d'actualité, ainsi que des renseignements sur des nouveaux sujets. Qui a recours à quels types de services de santé?

Du nouveau en 2002

Chaque année, le rapport *Les soins de santé au Canada* présente une nouvelle information sur des sujets qui sont au cœur de la compréhension de notre système de santé. Nos choix reflètent les commentaires qui nous ont été transmis depuis la parution du dernier rapport et les nouvelles données. Ainsi, cette année, nous accordons une place importante aux résultats des soins, à la consommation et aux dépenses en médicaments et à la santé publique. L'importance de ces questions reflète en partie les changements dans les approches aux soins de santé et dans la façon dont nous envisageons la santé. Vous trouverez ci-dessous des exemples de l'information nouvelle présentée dans le rapport de cette année. Une liste plus complète est affichée à www.icis.ca.

- Comment les risques que des patients meurent à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission initiale pour une crise cardiaque ou un ACV (risques ajustés en fonction des différences dans plusieurs facteurs de risque importants) ont changé au fil des ans; comment ils varient entre les régions d'un bout à l'autre du pays.
- Comment les dépenses de santé des ménages canadiens à faible revenu se comparent à celles du groupe à revenu élevé.
- Comment les risques varient, entre les régions et au pays, que des patients hospitalisés en raison d'une crise cardiaque, de l'asthme, d'une hystérectomie ou d'une prostatectomie aient à retourner au même hôpital ou à un autre établissement pour un problème connexe (risques ajustés en fonction des différences dans plusieurs facteurs de risque importants).
- À quelle fréquence différents types de chirurgie sont pratiqués dans des centres à volume faible, moyen et élevé et comment les taux de chirurgie varient.
- Quel est le rendement des plus grandes régions sanitaires du Canada (représentant plus de 90 % de la population) à l'égard d'indicateurs clés de santé et de soins de santé.
- Comment les ventes et les prix au détail des médicaments brevetés au Canada se comparent à ceux d'autres pays.
- Combien de temps les patients dans les salles d'urgence attendent un lit après qu'on ait décidé qu'ils doivent être hospitalisés.
- Les taux autodéclarés du recours à différents types de services de santé et comment ils varient d'un océan à l'autre.
- Qui est le plus susceptible de subir une mammographie et un test Pap et comment les taux varient au pays.

Que pensent les Canadiens de leur système de santé? Comment cela évolue-t-il? Est-ce que des aspects importants des soins — comme les temps d'attente et les résultats cliniques — s'améliorent? Est-ce que les coûts augmentent ou diminuent? Ce ne sont là que quelques exemples des questions abordées dans *Les soins de santé au Canada 2002*.

Nous sommes chanceux d'avoir une meilleure information aujourd'hui que dans le passé pour appuyer de nombreuses décisions en matière de soins de santé. Mais des lacunes existent toujours. Nous espérons qu'en mettant en évidence ce que nous savons et ce que nous ignorons des sujets abordés dans le rapport, nous pourrions continuer à travailler avec nos partenaires de partout au pays pour combler ces lacunes.

Le rapport est divisé en trois parties :

La Partie A : Dans les coulisses du système de santé canadien, présente l'information à jour sur les soins offerts dans notre système de santé, sur les professionnels qui les dispensent, ainsi que sur les coûts associés et les ressources utilisées.

La Partie B : Rapports approfondis, accorde une importance particulière à trois domaines : le résultat des soins pour des maladies et des interventions précises, les programmes de santé publique et leurs résultats, et la consommation et les dépenses en médicaments.

La Partie C : Perspectives, se penche sur les nouvelles sources de données et la façon dont elle peuvent nous aider à mieux comprendre le fonctionnement de notre système de santé.

L'encart intitulé *Indicateurs de santé 2002* accompagne le rapport.

Ce document de référence pratique présente des données comparatives sur une variété d'indicateurs de santé et du système de santé pour les plus grandes régions sanitaires du Canada (qui représentent plus de 90 % de la population), les provinces et les territoires. Le symbole dans la marge indique les parties du texte pour lesquelles des données provinciales, territoriales ou régionales sont présentées dans l'encart.



Pour en savoir davantage

Les points saillants et le texte intégral de *Les soins de santé au Canada 2002* sont affichés sur le site Web de l'ICIS à www.icis.ca. Pour obtenir des exemplaires imprimés (moyennant des frais minimes pour couvrir les frais d'impression, d'expédition et de manutention), veuillez communiquer avec :

Institut canadien d'information sur la santé
Bureau des commandes
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8
Tél. : (613) 241-7860
Télé. : (613) 241-8120

Le rapport complémentaire, *La santé de la population canadienne 2002*, sera également disponible sur le Web après sa parution prochaine.

Nous serons heureux de recevoir vos commentaires et vos suggestions sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. À cette fin, vous trouverez à la fin du rapport une feuille de rétroaction, À vous la parole. Vous pouvez aussi communiquer avec nous par courriel à rapportsante@cihi.ca.

Le Web : Une mine de renseignements!

Il y a beaucoup plus sur notre site Web (www.icis.ca) que la version imprimée. Tout comme l'an dernier, le jour de la parution de *Les soins de santé au Canada 2002* et dans les semaines et les mois à venir, nous ajouterons une foule de renseignements à ce qui est déjà disponible électroniquement. Par exemple, vous pourrez :

- Télécharger sans frais le rapport et l'encart en français ou en anglais.
- Lire les points saillants du rapport dans une brochure rédigée en langage clair et simple.
- Inscrire votre nom pour recevoir par courriel des mises à jour régulières du rapport.
- Visionner une présentation des points saillants du rapport.
- Accéder à certains des documents et données utilisés dans la préparation du rapport.
- En profiter pour voir les rapports annuels antérieurs (y compris un index en ligne de tous les rapports) et d'autres rapports connexes, comme *Les dispensateurs de soins au Canada*, et les rapports réguliers de l'ICIS sur les dépenses de santé, les ressources humaines de la santé, les services de santé et la santé de la population.

1. Une année dans la vie du système de santé canadien

Si une semaine est une longue période en politique, une année est une très longue période dans les soins de santé. La suite ininterrompue de nouvelles technologies, de manchettes sur la magie et le chaos dans les soins de santé, d'analyses et de rapports, et de nouvelles orientations dans les politiques gouvernementales, se poursuit. Le présent chapitre donne une courte revue de certains événements qui sont survenus au cours de la dernière année dans les soins de santé au Canada et ouvre la voie à l'information plus détaillée contenue dans le rapport.

Nouveaux rapports, nouveaux rebondissements

Dans les deux dernières années, le Québec, la Saskatchewan, l'Alberta, et d'autres secteurs de compétence, ont déposé des rapports de grande envergure sur les soins de santé. Les efforts du fédéral — dirigés par Roy Romanow et par le sénateur Michael Kirby — sont en cours.

Les rapports ont produit du vieux et du nouveau.

Les forces du système actuel sont une musique bien connue. Les critiques aussi d'ailleurs. Par exemple, plusieurs personnes affirment que :

- les systèmes d'information sont désuets et sont une entrave à des soins efficaces et efficaces;
- les soins primaires doivent être réorganisés;
- l'intégration des services demeure un idéal non atteint;
- les coûts croissants réduisent la capacité des provinces à investir dans d'autres secteurs importants.

Une nouvelle orientation importante est la place accordée à l'amélioration de la qualité et à la réduction des erreurs. Par exemple, le rapport de la Commission Fyke en Saskatchewan¹ préconise le renforcement des interventions d'urgence et la régionalisation du système des soins hospitaliers dans toute la province, tout en reconnaissant la difficulté de dispenser des soins de qualité dans la plupart des régions rurales en raison de l'insuffisance du personnel et des technologies et de la faible densité de population. Même si les rapports reconnaissent les innovations continues sur le plan clinique, ils indiquent que le système en tant qu'entité peut être difficile à changer — les vieilles valeurs et attitudes persistent.

Repenser les soins de santé? 2

Une série de rapports présentés par des commissions royales et des groupes de travail a marqué l'arrivée de la réforme dans les soins de santé au Canada dans les années 1980. À l'aube de ce nouveau millénaire, de nombreux gouvernements ont décidé que le temps est venu de jeter un autre regard élargi sur la façon dont les soins de santé sont organisés et dispensés. Voici des exemples de rapports récents ou à venir qui ont été préparés par des commissions ou des conseils à la demande des gouvernements. Ils présentent des opinions de divers groupes : universitaires, groupes de réflexion spécialisés dans l'étude des politiques, associations et défenseurs des soins de santé, population canadienne.

Administration	Titre (responsable)	Date du rapport	Site Internet
Québec	Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Michel Clair)	Janvier 2001	www.eesss.gouv.qc.ca
Saskatchewan	Commission on Medicare (Ken Fyke)	Avril 2001	www.health.gov.sk.ca
Nouveau-Brunswick	Health Renewal—A Discussion Paper	Janvier 2002	www.gnb.ca/op_cpm
Territoires du Nord-Ouest	It's Time to Act: A Report on the Health and Social Services System of the Northwest Territories	Juin 2001	www.hltss.gov.nt.ca
Alberta	A Framework for Reform, Premier's Advisory Council on Health (Don Mazankowski)	Décembre 2001	www.premiersadvisory.com
Colombie-Britannique	Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System	Décembre 2001	www.legis.gov.bc.ca/CMT
Fédérale	Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Roy Romanow)	Rapport d'étape : février 2001; Rapport final : novembre 2002	www.healthcarecommission.ca
Fédérale	La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral (Michael Kirby)	Rapport intérimaire : mars 2002; Rapport final : 30 juin 2002	www.parl.gc.ca

Malgré tout, ces rapports et ces constatations coïncident avec des changements majeurs dans le système de santé au Canada. Nous continuons à être témoins de virages importants dans les tendances des dépenses, les ressources humaines, l'organisation du système, les soins primaires, la science et la technologie, et ainsi de suite.

De plus en plus cher... mais pensez à long terme

Les dépenses de santé ont augmenté en 2001, tout comme dans les quatre dernières années. Pour la première fois, la facture a dépassé la barre des 100 milliards de dollars. Ajustées en fonction de l'inflation et de la croissance démographique, les dépenses ont augmenté de 4,3 % par rapport à l'année précédente. Les dépenses du secteur public ont grimpé de 5,7 %. Elles représentent maintenant environ 73 % du total.

Bien que les quatre dernières années aient été témoins de hausses dans les dépenses, le milieu des années 1990 a été une période de vaches maigres dans l'histoire du financement

après l'assurance-maladie. La somme effective dépensée a augmenté quelque peu. Mais si on tient compte de l'inflation et de la croissance démographique, on note un creux.

Les périodes récentes de récession (plus ou moins de 1993 à 1997) et de prospérité (à peu près de 1997 à 2001) tiennent bien le coup par rapport au taux historique de croissance à long terme.

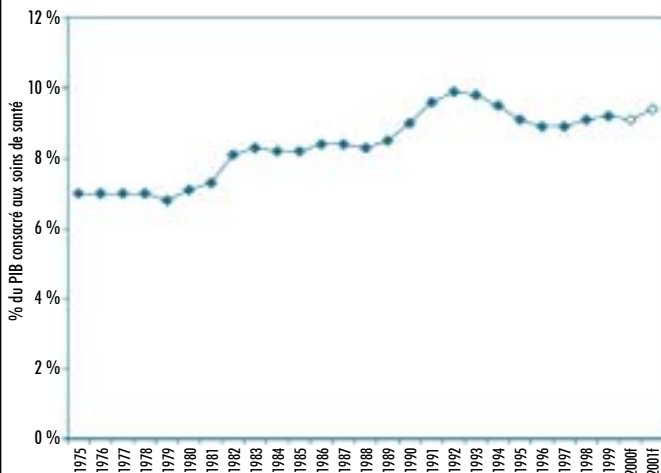
Est-ce que les taux de croissance continueront sur la même lancée en 2002? Peut-être que oui, peut-être que non. La réponse dépend des règlements salariaux, des budgets des gouvernements, de nos dépenses personnelles, et de beaucoup plus. Le rapport de cette année décrit certains de ces facteurs dans le chapitre 3 : *Les gens, les coûts, l'information*.

La réaction des gouvernements aux récents rapports sur les soins de santé peut aussi déterminer ce qui va se passer. Certains rapports portent à croire que les diagnostics et les remèdes financiers — parfois explicites, parfois à peine présentés — sont semblables; d'autres révèlent une vaste gamme de perspectives. Par exemple, la Commission Clair du Québec² préconise l'assurance privée pour les soins prolongés. Elle affirme qu'il pourrait s'agir d'une nouvelle source de revenus pour prendre soin d'une population vieillissante (le taux de natalité au Québec est l'un des plus faibles au monde). Le Rapport Mazankowski en Alberta³ recommande de diversifier les sources de revenus, de désassurer certains services médicaux et d'envisager les comptes d'épargne médicale et les primes variables d'assurance-maladie. Les premiers rapports du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie ouvrent également la voie à l'étude d'autres modèles. Les trois rapports doutent que les réformes internes arrivent à contenir les coûts et proposent d'explorer les sources non fiscales pour financer les augmentations.

À l'opposé, le Rapport de la Commission Fyke en Saskatchewan prône des réformes internes à grande portée plutôt que de chercher des sources de revenus non gouvernementales ou de réduire la généralité des services financés par l'État. Il ne croit pas que l'élargissement de la composante non publique du système préservera l'équité ou contrôlera les coûts.

Les soins de santé en proportion de l'économie 3

En 2001, le Canada a consacré environ 9,4 % du produit intérieur brut (PIB), mesure de la production totale de l'économie, aux soins de santé. Il s'agit d'une augmentation par rapport à l'an dernier (9,1 %). Les dépenses en soins de santé ont progressé plus rapidement que l'ensemble de la croissance économique. Mais le taux est tout de même plus bas que le record de 9,9 % observé en 1992.



Remarque : Les symboles ouverts indiquent qu'il s'agit de prévisions.

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Les ressources humaines de la santé : une grande préoccupation

Les soins de santé sont une entreprise axée sur les gens. Environ un Canadien sur 10 travaille dans la santé et les services sociaux. Si les bonnes personnes ne se trouvent pas au bon endroit pour dispenser les bons types de soins, le système ne peut pas fonctionner rondement.

Il existe une ferme volonté de mieux comprendre qui sont les professionnels de la santé, ce qu'ils font, le nombre dont nous avons besoin et comment ils peuvent mieux travailler ensemble. Comme il fallait s'y attendre, les ressources humaines de la santé ont été identifiées comme l'enjeu principal dans le cadre d'un vaste processus de consultation auprès d'experts de la santé en 2001.⁴ Et les médias regorgent de reportages sur le recrutement, les pénuries et les négociations de contrat.

Une partie du défi — et peut-être des chances à saisir — est le fait que le travail des professionnels de la santé change. Dans certains cas, ils assument de nouveaux rôles. Par exemple, le Québec a récemment modifié ses lois pour permettre aux infirmières d'agir à titre d'adjointes aux chirurgiens. Cela signifie qu'elles peuvent effectuer certaines tâches chirurgicales, comme suturer et refermer des plaies. Dans d'autres cas, le cadre de travail des professionnels rétrécit. Ainsi, de plus en plus de médecins de famille rémunérés à l'acte en Ontario ne pratiquent qu'en cabinet.⁵ Ils sont moins nombreux à travailler dans les salles d'urgence, à faire des consultations à domicile, à soigner les patients lorsqu'ils sont hospitalisés et à mettre des bébés au monde.

La recherche ne nous dit pas exactement quelle combinaison et quel nombre de professionnels de la santé seraient les plus efficaces dans une collectivité en particulier. Différentes régions du pays ont recours à des stratégies différentes pour trouver un juste équilibre. Certaines stratégies — comme le recrutement de médecins étrangers pour pratiquer dans les régions rurales mal desservies — peuvent porter fruit à court

terme. (Cette stratégie peut aussi avoir des conséquences involontaires. En 2001, le haut-commissaire de l'Afrique du Sud au Canada a demandé que le Canada arrête de recruter leurs médecins parce qu'ils en ont besoin dans leur pays.⁶) D'autres stratégies donneront des résultats dans plusieurs années. Mentionnons, entre autres, les récentes augmentations des inscriptions dans les programmes de formation en sciences de la santé et les essais de nouveaux modèles de soins.

À la recherche d'une meilleure organisation des soins

Plusieurs provinces et territoires ont « régionalisé » leur système de santé dans les 10 dernières années. La façon dont ces régions sanitaires fonctionnent et ce qu'elles font continuent d'évoluer.

Régionalisation des soins de santé

4

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, la majorité des provinces et des territoires ont régionalisé les services de santé. D'autres restructurations ont eu lieu récemment dans certaines provinces.

Province	N ^o m d'autorités sanitaires régionales	Création	Modèle de régie
T.-N.	12 conseils, dont 6 conseils de santé institutionnels, 4 conseils de santé et services communautaires et 2 conseils intégrés	1994	Nommé
I.-P.-É.	5 autorités sanitaires régionales (ASR)	1993-1994	Élu/nommé
N.-É.	9 districts de santé	1996; restructuration en 2001	Nommé
N.-B.	8 ASR. Une région en compte 2, une francophone et l'autre, anglophone	1992; restructuration en 2002	Actuellement nommé, mais élu/nommé d'ici 2004
Québec	18 régies régionales de la santé et des services sociaux	1989-1992	Nommé
Ontario	Non régionalisé 16 conseils régionaux de santé (consultatifs)		
Man.	12 ASR	1997-1998	Nommé
Sask.	12 ASR et 1 autorité sanitaire du Nord	1992; restructuration en 2001-2002	Nommé
Alb.	17 ASR	1994	Élu/nommé
C.-B.	5 ASR, 15 secteurs de prestation de services de santé, 1 autorité sanitaire provinciale	1997; restructuration en 2001	Nommé
Nun.	Non régionalisé		
T. N.-O.	8 autorités de santé et services sociaux, dont 5 sont des conseils régionaux, 2 des conseils communautaires et 1 dessert tout le territoire	1998-1997; restructuration en 2002	Nommé
Yn	Non régionalisé		

Source : Regionalization Research Centre, Health Services Utilization and Research Commission.

En général, les gouvernements ont confié aux régions sanitaires le fonctionnement quotidien des services de santé dans une région géographique définie. Les objectifs variaient, mais la plupart des secteurs de compétence visaient à rationaliser les services et à rapprocher la planification et

la prestation des résidents locaux.⁷ Ils avaient aussi comme objectifs communs d'accorder une place plus importante à la promotion de la santé et d'affecter davantage de ressources aux services communautaires.

Même si les objectifs étaient semblables au départ, la taille, les responsabilités, les pouvoirs et la structure des régions varient d'un océan à l'autre — et continuent de changer. Par exemple, la Saskatchewan a récemment regroupé 32 conseils régionaux de santé en 12 autorités sanitaires régionales. La Colombie-Britannique s'apprête à faire de même. En décembre 2001, les 52 autorités sanitaires (11 conseils régionaux de santé, 34 conseils de santé communautaire et sept sociétés de services de santé communautaire) sont devenues cinq autorités sanitaires régionales, 15 régions de prestation de services de santé et une autorité provinciale des services de santé. L'Île-du-Prince-Édouard a annoncé un modèle similaire en avril 2002. Ses quatre régions sanitaires (plutôt que cinq) seront chargées de la planification et de la prestation des soins primaires et des services sociaux. Une nouvelle autorité provinciale des services de santé s'occupera des services plus spécialisés, y compris des deux plus grands hôpitaux de la province.

Les structures de l'autorité changent aussi dans certaines provinces. Par exemple, le Québec et la Saskatchewan ont récemment adopté un nouveau système de conseils d'administration nommés plutôt qu'élus. L'Alberta a fait le contraire. En octobre 2001, des élections ont eu lieu pour les deux tiers des postes aux conseils d'administration. Et le Nouveau-Brunswick tiendra ses premières élections aux conseils d'administration en 2004.

Les soins primaires : la réforme évasive

On parle de soins primaires à l'endroit où se fait le premier contact avec le système de santé — bien souvent, un cabinet de médecin, une clinique de santé ou un centre de santé communautaire. Il peut aussi s'agir d'un point de passage vers d'autres types de soins.

La réforme des soins primaires est un sujet qui revient constamment depuis les 20

dernières années. Un thème commun est l'établissement de centres multidisciplinaires complets qui seraient le premier point de contact pour le public et qui offriraient une vaste gamme de services de santé intégrés non spécialisés.

Des variantes de tels centres existent depuis des années, et il y a eu de nombreuses démonstrations et projets pilotes de divers modèles de soins. Mais les cabinets privés de médecins pratiquant seuls ou en petits groupes demeurent la norme.⁸ Aucune province n'a mis en œuvre un nouveau modèle universel de soins primaires fondamentalement nouveau; la participation est généralement volontaire.

Il y a des signes que le rythme des changements s'accéléra peut-être bientôt. En septembre 2000, les premiers ministres des provinces et le premier ministre du Canada ont convenu que des améliorations aux soins primaires sont essentielles au renouvellement des services de santé.⁹ Plus récemment, l'Ontario a annoncé des plans pour intégrer 80 % des médecins de famille de la province à des équipes ou des réseaux de santé d'ici 2004.

D'autres provinces planifient aussi des changements. Par exemple, la Saskatchewan s'est fixée comme objectif d'intégrer 25 % des médecins à des pratiques de groupe non rémunérées à l'acte d'ici quatre ans, et 100 % d'ici 10 ans. Le gouvernement fédéral a créé un fonds quadriennal de 800 millions de dollars pour les soins primaires afin d'accélérer la transition à des nouveaux modèles de soins.

La science et la technologie vont de l'avant

Peu importe la nature et le rythme de la réforme du système, les événements se déroulent rapidement dans les laboratoires et au chevet des patients. La dernière année a été témoin de nouveaux résultats et de nouvelles controverses.

Dans certains cas, les chercheurs ont fait des découvertes. La révolution dans la génétique et la biologie moléculaire a gardé la même intensité.

La recherche sur les cellules souches, qui génèrent des nouvelles cellules à partir des tissus embryonnaires et adultes, a fait les manchettes en 2002. Certains affirment que ce type de recherche est très prometteuse pour combattre des maladies comme la sclérose en plaques, le diabète et la maladie de Parkinson. D'autres soutiennent qu'elle présente des dilemmes éthiques quand l'embryon est l'élément principal de la recherche et quand le clonage des cellules fait partie du programme scientifique ou thérapeutique. Les Instituts de recherche en santé du Canada ont donc publié des lignes directrices¹⁰ et le gouvernement fédéral s'est engagé à adopter une loi entourant la recherche sur les cellules souches.¹¹ Il semble que le débat éthique et les perspectives scientifiques continueront de s'affronter encore longtemps.

Des débats scientifiques faisaient rage dans d'autres domaines aussi, révélant, encore une fois, que certains enjeux cliniques sont complexes par nature et difficiles à régler. Par exemple, le débat continu sur la mammographie a repris de plus belle à la suite d'une étude au Danemark selon laquelle l'intervention est moins efficace que ce que l'on croyait.¹² L'étude a été largement discutée et mise en doute.¹³ La Société canadienne du cancer continue de recommander la mammographie aux femmes âgées entre 50 et 69 ans. Son pendant américain préconise le dépistage pour les femmes de 40 ans et plus. Et un groupe de concertation réuni par l'Organisation mondiale de la Santé a revu la documentation en la matière et a conclu que la mammographie réduit les risques de mourir du cancer du sein dans une proportion d'environ 35 % chez les femmes de 50 à 69 ans, mais qu'elle ne présentait qu'un avantage léger aux femmes plus jeunes. Le rapport de cette année décrit les niveaux actuels de dépistage et d'autres enjeux dans le chapitre 5 : *Santé publique : on veille au grain*.

D'autres technologies, comme la transplantation de cellules insulaires, se pointent à l'horizon. Les cellules insulaires produisent de l'insuline et aident le corps à utiliser le glucose comme énergie. Si les cellules insulaires d'une personne ne produisent pas assez d'insuline, celle-ci

devient diabétique. On étudie la transplantation d'îlots pancréatiques en tant que traitement du diabète à long terme. Toutefois, même si les premiers résultats semblent prometteurs, on doit pousser la recherche pour déterminer les résultats à long terme sur la santé.

Plus de changements à venir

Même si de nombreuses questions associées aux soins de santé ont été révélées dans la dernière année, il semble certain que les soins de santé continueront de se développer et de changer dans les années à venir. Certains de ces changements viendront peut-être de la recherche continue sur la santé, les services de santé et les résultats pour la santé. D'autres seront peut-être des réactions aux récents rapports. Ce processus a déjà commencé. D'autres rapports — et probablement d'autres changements — sont à venir.

Le reste du rapport de cette année se penche sur les tendances actuelles dans les soins de santé, les dernières données et la recherche. Nous espérons que dans les semaines et les mois à venir, cette information servira de point de départ pour appuyer des politiques avisées de la santé, la gestion efficace du système de santé et la sensibilisation du public aux facteurs qui influent sur la santé.

Pour en savoir davantage

- ¹ Fyke KJ. (2001). *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Saskatchewan : Commission on Medicare.
- ² Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*. Québec : Gouvernement du Québec. www.cessss.gouv.qc.ca
- ³ Premier's Advisory Council on Health. (2001). *A Framework for Reform*. www.premiersadvisory.com
- ⁴ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2001). *À l'écoute : Consultation nationale sur les enjeux liés aux services et aux politiques de la santé*. www.chsrf.ca/docs/pconsult/frpt_f.shtml
- ⁵ Chan TB. (2002). The declining comprehensiveness of primary care. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166(4), 429-434.
- ⁶ Ehman AJ, Sullivan P. (2001). South Africa appeals to Canada to stop recruiting its MDs. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(3), 387-388.
- ⁷ Lomas J, Woods J, Veenstra G. (1997). Devolving authority for health care in Canada's provinces: An introduction to the issues. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 156 (3), 371-377.
- ⁸ Hutchison B, Abelson J, Lavis J. (2001). Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20(3), 116-131.
- ⁹ Réunion des premiers ministres. (Le 11 septembre 2001). *Communiqué sur la santé*. Ottawa : Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes.
- ¹⁰ Instituts de recherche en santé du Canada. (2002). Recherche sur les cellules souches pluripotentes humaines : Lignes directrices pour la recherche financée par l'IRSC. www.cihr.ca/about_cihr/ethics/stem_cell/stem_cell_guidelines_f.shtml
- ¹¹ Débats du Sénat (Hansard). (Le 12 mars 2002). État de la législation traitant de la recherche sur les cellules souches et les tissus humains. 1^e session, 37^e législature, 139 (95). www.parl.gc.ca
- ¹² Olsen O, Gøtzsche PC. (2001). Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *The Lancet*, 358(9290), 1340-1342.
- ¹³ Miettinen OS, Henschke CI, Pasmantier MW, Smith JP, Libby DM, Yankelevitz DF. (2002). Mammographic screening: no reliable supporting evidence? *The Lancet*, 359(9304), 404-405.

Partie A : Dans les coulisses du système de santé canadien

Dates importantes dans les politiques canadiennes de la santé

- 1867 : *L'Acte de l'Amérique du Nord britannique* établit les bases de la responsabilité des provinces à l'égard des hôpitaux.
- 1947 : La Saskatchewan introduit le premier programme universel d'assurance-hospitalisation financé par l'État au Canada.
- 1958 : Le gouvernement fédéral adopte la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*. Dès 1961, toutes les provinces et les territoires étaient visés par le régime d'assurance-hospitalisation à frais partagés.
- 1966 : La *Loi sur les soins médicaux* du gouvernement fédéral introduit le partage des coûts entre le fédéral et les provinces pour les services médicaux dispensés hors des hôpitaux. Dès 1972, toutes les provinces et les territoires participent au programme.
- 1974 : Marc Lalonde, ministre fédéral de la Santé, publie un rapport intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Il renforce le concept des déterminants généraux de la santé (y compris la biologie humaine, l'environnement, le mode de vie et l'organisation des soins de santé) et prône la réorientation des services de santé vers la promotion de la santé.
- 1977 : La *Loi sur le financement des programmes établis* introduit un programme de transferts fédéraux qui ne sont pas directement associés aux coûts des programmes provinciaux et territoriaux.
- 1984 : La *Loi canadienne sur la santé* renforce les principes fondamentaux que les provinces et les territoires doivent respecter pour être admissibles au financement de la santé du gouvernement fédéral (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité). Elle interdit d'exiger des frais directement aux patients pour des services couverts en vertu de la Loi.
- 1996-1997 : La contribution fédérale à la santé et aux services sociaux est regroupée dans le *Transfert canadien en matière de santé et de services sociaux*, une modification majeure aux ententes fédérales, provinciales et territoriales de partage des coûts des services de santé.

Nous sommes à l'ère de l'Internet. En raison de l'essor fulgurant du Web, la science-fiction d'hier — envoyer instantanément un message à un ami au Vénézuéla ou parcourir la documentation médicale internationale en quelques secondes — est devenue la réalité d'aujourd'hui.

Une description du système de santé canadien aurait sûrement semblé tout aussi exagérée quand le premier hôpital a ouvert ses portes à Québec en 1639. La communauté religieuse fondatrice y offrait toutes sortes de services, de la fabrication de médicaments à leur administration, en passant par la chirurgie. Un chirurgien y travaillait — un barbier français.

Un siècle plus tard, les habitants des plus grandes collectivités du Haut-Canada et des Maritimes qui pouvaient se le permettre demandaient aux médecins de soigner la variole, la grippe, la typhoïde, et d'autres problèmes de santé. Les démunis s'en remettaient aux remèdes maison ou aux organismes de charité.

Les premières écoles de médecine ont ouvert leurs portes au milieu du XIX^e siècle, tout comme les hôpitaux généraux à Montréal et à Toronto. Ces hôpitaux comptaient sur les organismes de charité et les dons de riches citoyens. Souvent, les patients ne payaient rien pour les soins reçus, ou très peu. Le gouvernement de l'Ontario a commencé à verser des subventions annuelles à l'hôpital général de Toronto après que le manque de fonds ait forcé sa fermeture pour un an dans les années 1870.

Vers le milieu du siècle dernier, grâce aux améliorations globales dans les conditions de vie et de travail ainsi qu'aux efforts soutenus en santé publique, les Canadiens étaient moins susceptibles de mourir des suites de maladies infectieuses. En 1947, la Saskatchewan est devenue la première province à mettre sur pied un programme universel d'assurance-hospitalisation financé par l'État. La Saskatchewan a aussi ouvert la voie à l'assurance des services médicaux en 1962. Dans l'espace de 10 ans, toutes les provinces et les territoires lui avaient emboîté le pas. De nos jours, chaque secteur de compétence administre des régimes d'assurance inspirés de principes communs pancanadiens.

Et pourtant, plus ça change, plus c'est pareil. Nos ancêtres étaient aux prises avec bon nombre des enjeux auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui. La partie A du présent rapport met en évidence l'information à jour sur ce qui change — et ne change pas — dans la toile complexe qu'est le système de santé aujourd'hui.

2. Les soins et l'entraide

Pour les moins de 30 ans, le Canada d'avant l'assurance-maladie, c'est de l'histoire ancienne — quelque chose dont parlaient les grands-parents, les livres d'histoire ou les documentaires à la télévision. Presque quatre Canadiens sur 10 sont nés après 1972, l'année où les dernières provinces et les derniers territoires se sont joints aux régimes d'assurance qui couvrent la plupart des services hospitaliers et médicaux.

De nos jours, tous les secteurs de compétence administrent des régimes d'assurance mixtes financés par l'État qui s'inspirent de principes communs pancanadiens. Le gouvernement fédéral est directement responsable de certains services de santé pour des groupes précis, comme les membres de la Gendarmerie royale du Canada, des Forces armées, les vétérans, les Indiens et les Inuits de plein droit et les prisonniers dans les pénitenciers fédéraux.

D'autres types de soins de santé sont financés au moyen d'une combinaison complexe de fonds publics, d'assurance privée et de dépenses directes. Les médicaments, les soins à domicile, les foyers de soins, les soins dentaires, la physiothérapie et la médecine parallèle n'en sont que quelques exemples.

Comment se portent les Canadiens?

Le vent de la réforme a soufflé dans le système de santé canadien pendant tout le XX^e siècle. Mais une chose n'a pas changé : la santé n'est pas que l'affaire des soins de santé. De nombreux facteurs influencent notre santé et notre bien-être : où et comment nous sommes élevés, nous vivons et travaillons; l'air que nous respirons; ce que nous mangeons; l'usage de tabac et l'exercice physique; nos niveaux de stress; le soutien social et les sentiments d'isolement, et bien d'autres.

L'espérance de vie à la naissance au Canada est excellente, une des plus élevées au monde. En 1997, elle était d'environ 79 ans,¹ comparativement à 59 ans au début des années 1920 et à 69 ans dans les années 1950.² Et par rapport à il y a 20 ans, les adultes plus âgés, peuvent en moyenne, s'attendre à jouir d'une meilleure qualité de vie et à vivre plus longtemps.³

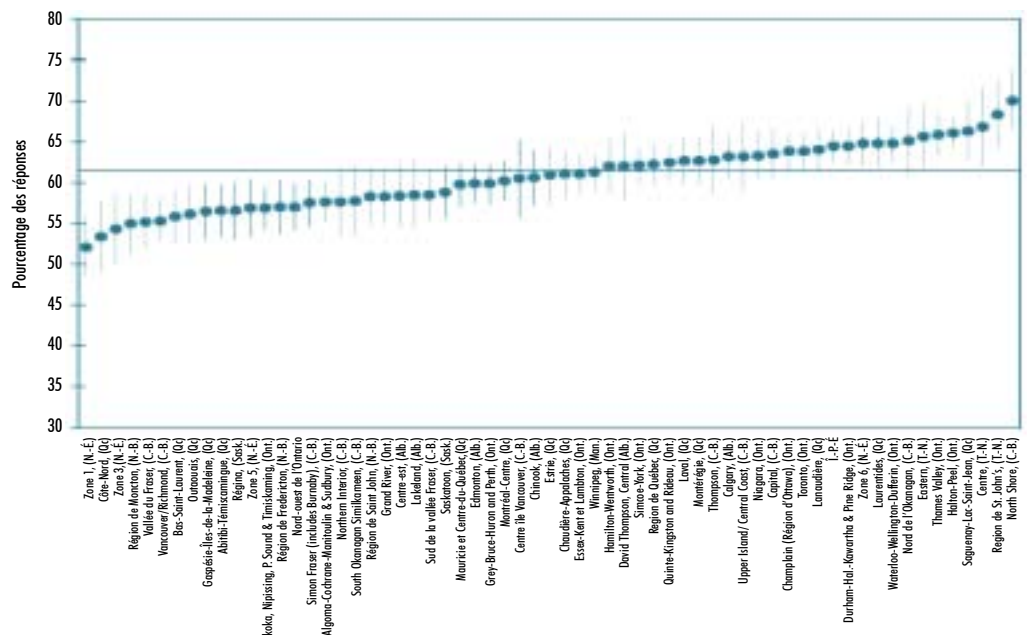
Mais tous n'ont pas la même chance de vivre longtemps et en santé. Ainsi, en 1996, les femmes pouvaient s'attendre à vivre 81 ans, soit presque six ans de plus que les hommes. On observe aussi des écarts importants — plus de 10 ans — entre les régions au

On note également des différences dans la façon dont les Canadiens évaluent leur propre santé. Un peu plus de six Canadiens sur 10 âgés de 12 ans ou plus (61 %) ont déclaré jouir d'une très bonne ou d'une excellente santé lors de l'enquête 2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes. Qui étaient-ils? Selon l'enquête :

- les plus jeunes;
- ceux dont le revenu et le niveau d'instruction sont plus élevés;
- les personnes souffrant d'au moins une maladie chronique.

Ce que les Canadiens disent de leur santé

La majorité des Canadiens (61 %) ont dit être en très bonne ou en excellente santé dans l'Enquête 2000-2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes. De nombreuses régions sanitaires ont enregistré des taux semblables à la moyenne nationale (le trait solide dans ce graphique). Certaines ont affiché des taux nettement inférieurs ou supérieurs. On estime que les taux régionaux (les cercles) sont exacts dans les limites illustrées par les barres, 19 fois sur 20. Les résultats pour toutes les régions sont présentés dans l'encart *Indicateurs de santé 2002*.



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada.

Les soins médicaux et les autres types de soins aujourd'hui

La toile des services de santé rejoint les Canadiens à la maison, au travail, dans les écoles, les cabinets de médecins, les pharmacies, les centres de santé communautaire, les hôpitaux et les foyers de soins, et dans bien d'autres endroits. Idéalement, ce réseau complexe de dispensateurs et d'organismes devrait collaborer pour dispenser des soins de qualité là où ils sont nécessaires, au moment où ils sont nécessaires, partout au pays.

En 2000-2001, la plupart des Canadiens (78 % de ceux de 12 ans ou plus) ont déclaré avoir consulté un médecin de famille au moins une fois au cours de l'année précédente. Ils étaient nombreux également à s'adresser à d'autres professionnels de la santé. Les consultations avec les dentistes/orthodontistes (60 %), les spécialistes de la vue (38 %) et d'autres médecins (28 %) étaient les plus courantes.

Un grand nombre de Canadiens visitent aussi des établissements de santé pendant

une année donnée. Il y en a de toutes sortes et de toutes les tailles — des grands hôpitaux d'enseignement aux centres de réadaptation, en passant par les établissements pour malades chroniques, les foyers de soins et les postes infirmiers en régions éloignées.

La plupart des hôpitaux offrent des services diagnostiques et thérapeutiques à court terme à des patients souffrant de toutes sortes de maladies et de blessures. Certains ont aussi des groupes de lits, des pavillons ou des bâtiments réservés aux soins de longue durée. D'autres se spécialisent dans le traitement de groupes de patients précis, comme les enfants, les femmes enceintes, les cancéreux et les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Les séjours de plus de 24 heures à l'hôpital sont devenus moins fréquents dans les dernières années, mais les programmes de chirurgie d'un jour sont en pleine croissance. Les Canadiens ont passé presque 21 millions de jours en tant que patients hospitalisés dans les hôpitaux de soins de courte durée en 1999-2000, une baisse de 15,6 % par rapport à 1994-1995. Voici les principales causes

Se faire soigner

6

La plupart des Canadiens de 12 ans et plus (78 %) ont déclaré avoir consulté un omnipraticien au moins une fois dans l'année précédant l'Enquête 2000-2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes. Ce graphique illustre la proportion de ceux qui ont dit avoir consulté divers types de dispensateurs de soins, dont les praticiens de médecine parallèle.

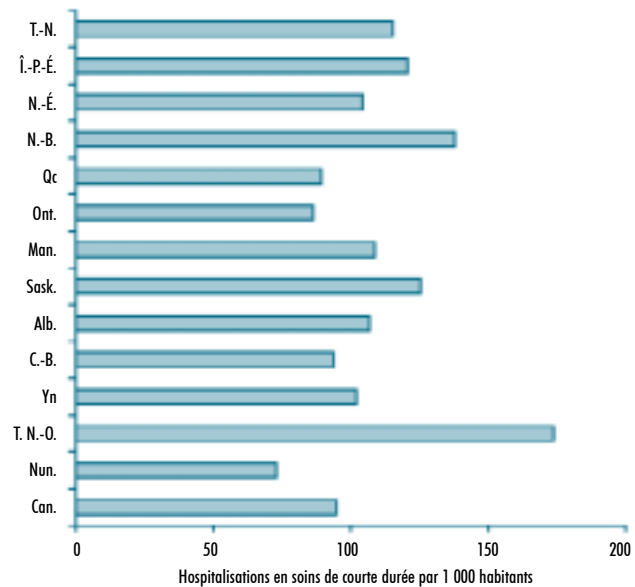


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada

Séjours à l'hôpital

7

En 1999-2000, 2,9 millions de patients hospitalisés sont sortis des hôpitaux canadiens de soins de courte durée (exclut les nouveau-nés et les patients dans d'autres types de service, comme les urgences, les unités de soins aux malades chroniques et de réadaptation, et les programmes de chirurgie d'un jour). Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge — en fonction du lieu où le patient s'est fait soigner et non de son lieu de résidence — variaient au pays, comme on peut le voir ci-dessous.



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

d'hospitalisation en 1999-2000 : maladie cardiaque et ACV (15 %), grossesse et accouchement (14 %), troubles digestifs (11 %). En revanche, de plus en plus de patients ont subi une chirurgie d'un jour pendant cette période de cinq ans. En Ontario par exemple, leur nombre a augmenté de 18 %.⁴

La plupart des Canadiens ont été hospitalisés dans leur région sanitaire de résidence. La probabilité d'un séjour dans un hôpital de soins de courte durée situé proche de votre domicile en 1999-2000 variait selon les soins dont vous aviez besoin et où vous habitez. Par exemple, les personnes qui ont subi des types de chirurgie relativement communs, comme une hystérectomie, étaient moins susceptibles de quitter leur région que les patients qui avaient besoin d'interventions plus spécialisées, comme un pontage aortocoronarien. L'encart *Indicateurs de santé 2002* (à la fin du rapport) présente les ratios d'entrées et de sorties pour les plus grandes régions sanitaires du Canada.



Choisir d'autres options

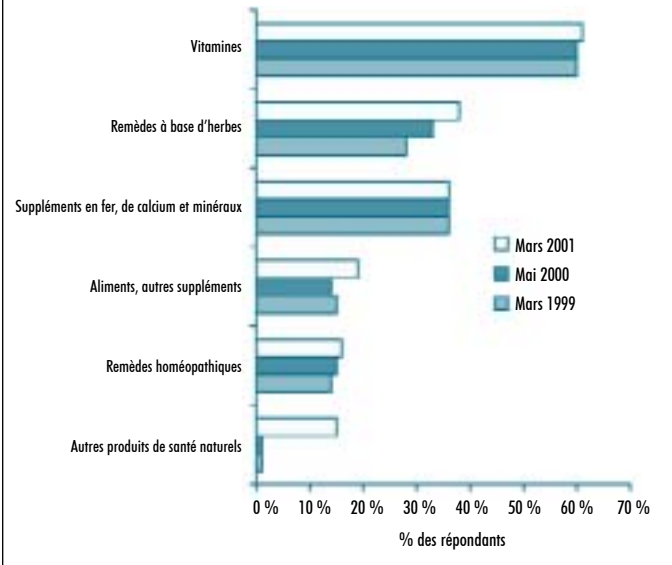
Les Canadiens sont de plus en plus nombreux à avoir recours à la massothérapie, à la médecine autochtone et chinoise traditionnelle, à l'homéopathie, aux produits à base de plantes médicinales et à d'autres pratiques de guérison, en plus ou à la place de la médecine conventionnelle. En 2000-2001, environ 4,9 millions de Canadiens de 12 ans et plus (19 %) ont déclaré avoir consulté un chiropraticien ou un autre type de dispensateur de soins complémentaires ou parallèles au cours de l'année précédente. Il s'agit d'une hausse par rapport à 14 % en 1994-1995.

Qui est plus enclin à consulter des praticiens de médecine complémentaire et parallèle? Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes :

- les femmes (21 % contre 17 % des hommes);
- les Canadiens d'âge moyen (23 % de ceux âgés entre 25 et 54 ans, par rapport à 14 % des 12-24 ans et 16 % des 55 ans et plus);
- les personnes souffrant d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques (23 % contre 13 % des autres Canadiens);
- les Canadiens plus instruits et à revenu plus élevé.

Recours à des produits de santé naturels 8

En mars 2001, plus de sept Canadiens sur 10 ont signalé avoir utilisé un ou plusieurs produits de santé naturels dans les six derniers mois. On évalue que la marge d'erreur des taux pour certains produits est de deux points de pourcentage, soit 19 fois sur 20.



Source : Berger, E. (2001). The Berger Population Health Monitor. Toronto.

Prendre soin de nous-mêmes et de notre famille

Les professionnels jouent un rôle important dans la promotion de la santé et les soins aux malades. Tout comme les Canadiens individuels. L'Enquête 2000-2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes a demandé aux Canadiens dans la plupart des régions du pays (sauf au Québec, au Manitoba et en Nouvelle-Écosse) qu'est-ce qu'ils avaient fait, s'il en est, au cours de l'année précédente pour améliorer leur santé.

Environ la moitié (54 % des 12 ans et plus) ont dit avoir pris certaines mesures. La plus populaire était l'augmentation d'exercice physique (57 %). Venaient ensuite la perte de poids (13 %), les changements dans le régime alimentaire (12 %) et l'abandon ou la réduction de la consommation de tabac (7 %). Environ 4 % ont dit que le changement qu'ils ont fait était d'avoir demandé un traitement médical. Les Canadiens plus jeunes, ceux avec un niveau d'instruction et un revenu plus élevés et les femmes étaient les plus susceptibles d'avoir déclaré des changements.

De nombreux adultes canadiens — environ un sur quatre en 2000 — ont dit avoir pris soin de quelqu'un chez eux ou à l'extérieur de leur domicile.⁵ Le nombre de Canadiens qui dispensaient des soins variait en fonction de l'âge, du sexe et autres facteurs. Ainsi, 32 % des 45-64 ans ont déclaré avoir rempli les fonctions d'aidant naturel.

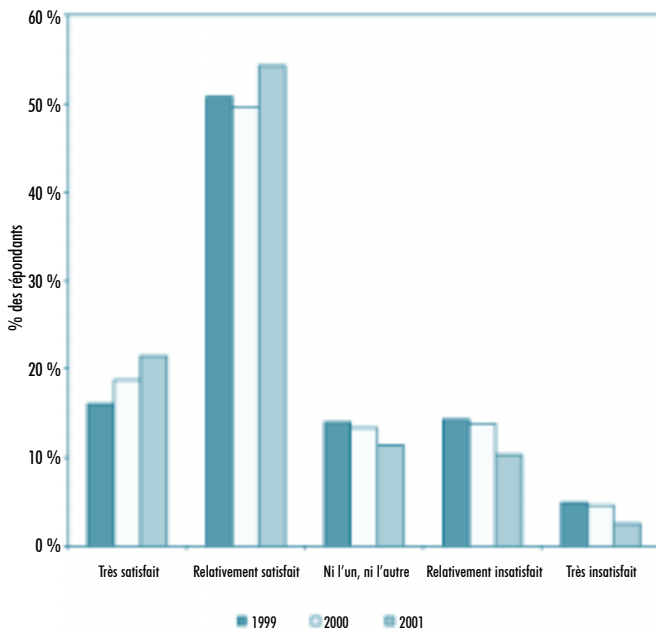
Ce que les Canadiens pensent ...

Qu'est-ce que les Canadiens pensent des soins qu'ils reçoivent et du système dans l'ensemble? Selon une étude récente mandatée par l'ICIS, des mesures de la satisfaction des patients ou du public sont en cours dans la plupart des régions du pays. Beaucoup de régions sanitaires et d'hôpitaux par exemple effectuent des sondages sur la satisfaction des patients.

Satisfaction à l'égard du système de santé de l'Alberta

9

En 2001, trois résidents de l'Alberta sur quatre (76 %) ont affirmé « être très satisfaits » ou « relativement satisfaits » du système de santé de l'Alberta. Selon le rapport, les hommes semblaient être plus satisfaits que les femmes.



Source : Northcott HC. (2001). *The 2001 Survey About Health and the Health System in Alberta*. Alberta : University of Alberta, Population Research Laboratory.

Divers groupes mènent aussi périodiquement des sondages à grande échelle auprès du public. À la suite de l'entente conclue entre les premiers ministres et le premier ministre du Canada en 2000, Statistique Canada a récemment sondé les Canadiens d'un océan à l'autre sur leur satisfaction à l'égard des soins. Les résultats seront divulgués à l'automne 2002.

Les constatations qui ressortent de tous les sondages et les projets sont parfois les mêmes, parfois non. Il est évident que la mesure de la satisfaction à l'égard des soins de santé est un processus complexe. Cela s'explique en partie par les nombreux facteurs, dont les outils de mesure utilisés, qui affectent comment les gens évaluent les soins de santé. Ainsi, le type de questions et comment elles sont posées peuvent influencer l'opinion des gens. Différents types de gens ont aussi tendance à répondre différemment, même quand on leur pose exactement les mêmes questions. Par exemple, dans un rapport publié récemment en Ontario, les personnes âgées ont attribué la cote de satisfaction la plus élevée aux soins hospitaliers. Les hommes étaient aussi plus susceptibles que les femmes d'être plus satisfaits de la qualité des processus, la qualité générale et la tenue des lieux. De plus, de nombreux sondages ont révélé que les répondants donnent une cote plus élevée aux soins qu'ils ont reçus ou que leur famille a reçus qu'au système de santé en général.

Démêler les faits — Satisfaction à l'égard des soins et des services

10

Les résultats des études portant sur le taux de satisfaction à l'égard des soins et des services de santé sont parfois difficiles à interpréter en raison notamment des écarts relatifs aux méthodes et aux sources de données utilisées. Ce tableau présente quelques-unes des principales différences observées entre certaines études récentes portant sur le taux de satisfaction de la population canadienne. (Il faut noter que, dans la plupart des cas, même lorsque le concept sous-jacent faisant l'objet d'une évaluation — dont le taux global de satisfaction à l'égard du système de santé — était le même, les questions ou les populations sondées variaient, d'où la difficulté de dresser des comparaisons.)

Source	Champ d'observation	Résultats d'ordre général	Période
Ontario	Enquête auprès de patients ayant passé la nuit dans un hôpital de soins de courte durée pour recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre général	88 % ont affirmé que dans l'ensemble, la qualité des soins était excellente ou bonne; 87 % reviendraient au même hôpital; 82 % le recommanderaient à d'autres. Les résultats pour chaque hôpital et des points précis de satisfaction variaient dans une certaine mesure.	Oct. à déc. 2000
	Enquête auprès de patients qui ont eu recours au service d'urgence	Voici la moyenne des résultats en pourcentage : 86 % pour les soins au chevet, 85 % étaient disposés à revenir au service d'urgence, 84 % étaient satisfaits du personnel du service d'urgence, 82 % des médecins et des soins médicaux, 78 % du temps d'attente, 77 %, de l'établissement et 75 %, de la préparation concernant le congé.	Automne 2000
Saskatchewan	Enquête auprès de personnes ayant reçu des soins au cours de la dernière année (ou un membre de la famille immédiate a reçu des soins)	85 % ont noté que le système de santé, dans l'ensemble, était excellent ou bon.	2001
	Enquête auprès de la population en général au cours de la dernière année	65 % ont évalué la qualité du système de santé global comme étant excellente ou bonne.	2001
Alberta	Enquête auprès du grand public	86 % étaient très ou relativement satisfaits des derniers services reçus en 2001.	1998-2001
Berger Population Health Monitor (National)	Enquête auprès de personnes ayant reçu des soins au cours de la dernière année	Dans l'ensemble, 80 % ont évalué les soins reçus dans la dernière année comme étant très bons ou excellents. Les tendances relatives au degré de satisfaction étaient différentes à l'échelle du pays.	Mars 2001

Source : Compilation de l'ICIS.

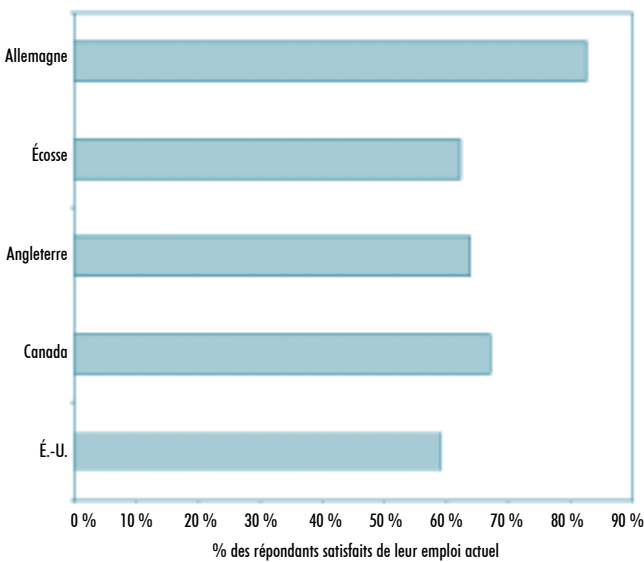
Ce que les infirmières pensent

Il est aussi difficile de mesurer la satisfaction professionnelle des dispensateurs de soins que la satisfaction des patients à l'égard des soins. Encore une fois, on doit tenir compte de plusieurs facteurs, et la façon dont les niveaux de satisfaction sont mesurés peuvent influencer les résultats.

Des recherches récentes semblent indiquer que les infirmières qui déclarent être satisfaites de leur travail ont aussi l'impression de dispenser de meilleurs soins.⁶ L'étude a aussi révélé que les infirmières qui croyaient que la qualité des soins était moins bonne étaient aussi plus susceptibles de rapporter des niveaux plus élevés de pression, de menace au travail et de tension.

Satisfaction professionnelle du personnel infirmier en milieu hospitalier — Perspective internationale 11

Un sondage mené en 1998-1999 auprès d'infirmières autorisées dans cinq pays indique que la plupart sont satisfaites de leur emploi actuel. Cependant, le niveau de satisfaction varie d'un pays à l'autre, comme en fait foi ce graphique. Remarque : l'échantillon du Canada portait uniquement sur les infirmières de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. L'échantillon des États-Unis englobait seulement les infirmières de la Pennsylvanie.



Source : Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty AM, Shamian J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3).

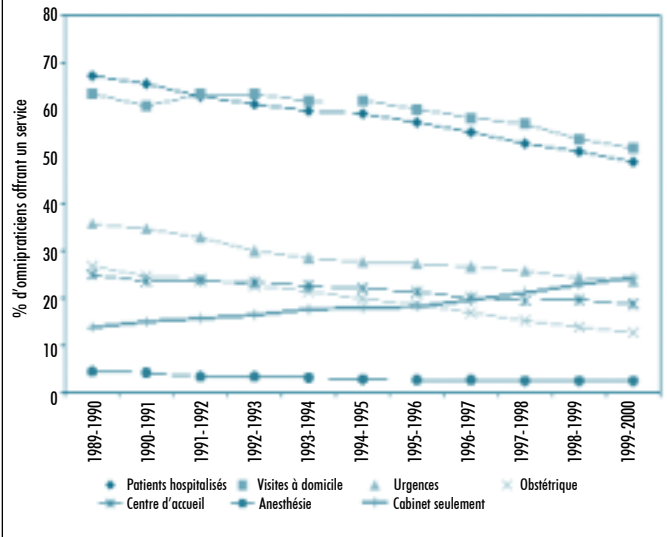
...de l'accès aux soins

En plus de mesurer la satisfaction générale, les chercheurs posent souvent des questions plus ciblées. Plusieurs sondages récents se sont penchés sur ce que les Canadiens pensent de l'accès aux soins.

En 2000-2001, Statistique Canada a demandé aux Canadiens de 12 ans et plus si, au cours de l'année précédente, ils avaient eu besoin de soins mais qu'ils ne les avaient pas reçus. La plupart ont dit non, mais environ 3,2 millions de Canadiens (13 %) ont dit oui. Cela se compare à 6 % en 1998-1999. De ce

Soins primaires moins globaux 12

En Ontario, le pourcentage des médecins généralistes et des omnipraticiens exerçant en cabinet seulement est passé de 14 à 24 % de 1989-1990 à 1999-2000. Ces médecins exerçant en cabinet seulement semblaient se composer surtout de femmes, de diplômés récents, de médecins âgés de 65 ans et plus et de médecins exerçant dans une ville comptant une école de médecine. En général, ils ne provenaient pas de milieux ruraux et n'étaient pas des médecins de famille.



Source : Chan BT. (2002). The declining comprehensiveness of primary care. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166(4), 429-34.

nombre, la moitié (50 %) ont dit que les problèmes qu'ils ont connus étaient liés à la disponibilité des soins, y compris les longues périodes d'attente. Voici d'autres raisons invoquées : horaire trop chargé, problèmes de transport, ignorance de la destination et décision de ne pas demander de l'aide. Sept pour cent de ceux ayant déclaré que leurs besoins en matière de soins n'avaient pas été comblés ont choisi de s'en passer. Leurs raisons : demandes concurrentielles sur leur temps, réactions envers la maladie et questions associées aux dispensateurs de soins ou au système de santé.

Des sondages provinciaux ont posé des questions semblables. Par exemple, 65 % des Albertains ont déclaré que l'accès aux soins était facile ou très facile en 2001, presque la même proportion qu'en 2000.⁷ Les chercheurs ont aussi demandé quels services étaient les plus difficiles d'accès. Dans le cas de ceux qui ont dit avoir éprouvé des difficultés, un peu plus de 12 % ont dit avoir eu des problèmes avec l'admission à l'hôpital et la chirurgie (à peu près la même chose qu'en 2000); presque 47 % ont pointé les praticiens généralistes (41 % en 2000) et 35 % les spécialistes médicaux. En général, les gens qui croyaient avoir le plus besoin de soins étaient plus enclins à rapporter des difficultés dans l'accès aux services.

Un peu plus de 11 % des Albertains interrogés ont dit qu'ils ont été personnellement incapables d'obtenir des services de santé quand ils en ont eu besoin en 2001. De ce nombre, presque le quart (22 %) ont déclaré qu'il n'ont jamais eu le service. Pourquoi? Trente-neuf pour cent ont blâmé les temps d'attente trop longs; 26 % ont dit qu'ils n'ont pas pu avoir un rendez-vous pour voir un professionnel de la santé; et 7 % ont indiqué que les services n'étaient pas offerts près de chez eux ou n'étaient pas situés dans un endroit pratique.

Surveiller l'heure : les temps d'attente dans les soins de santé

Dans certains cas, quelques minutes peuvent faire une différence, comme pour un patient qui saigne abondamment et qui a besoin de soins d'urgence. De même, des recherches semblent indiquer que la période de temps pendant laquelle les patients victimes d'un accident ischémique cérébral aigu peuvent tirer profit des traitements thrombolytiques est très

courte. Mais souvent, l'attente n'est pas une menace immédiate à la vie. Il est difficile de déterminer les périodes de temps sécuritaires sur le plan médical, et de juger des répercussions de l'anxiété, de l'absence au travail, de la douleur, ou d'autres facteurs, sur un patient en attente.

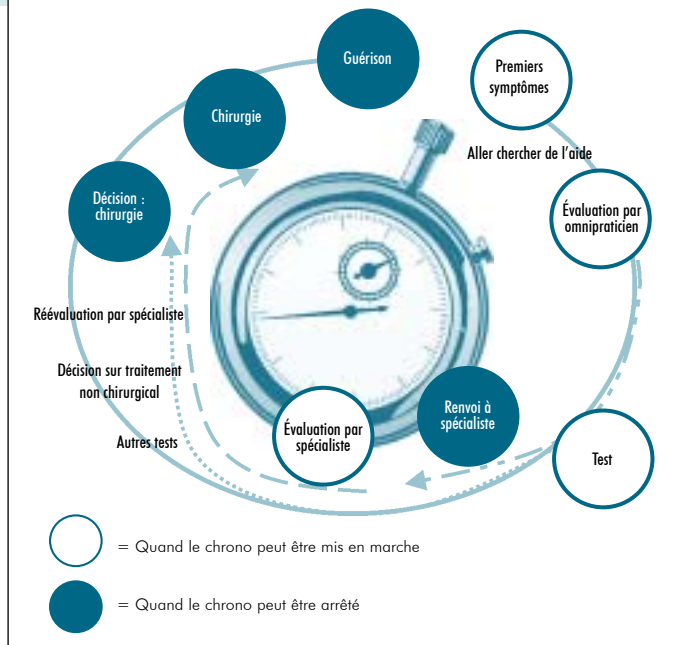
Un grand nombre de facteurs affectent les temps d'attente, dont les caractéristiques individuelles comme la gravité de la maladie, l'urgence des besoins et les bienfaits prévus du traitement.⁸ D'autres facteurs sont plus généraux et ont trait au système : la disponibilité des médecins, d'autres professionnels de la santé et des ressources (p. ex. temps de chirurgie); les tendances de l'acheminement des patients; et l'endroit où

Quand l'attente commence-t-elle?

Une des principales difficultés de la comparaison des temps d'attente consiste à définir le « temps d'attente ». L'attente doit-elle être calculée à partir de l'apparition de la douleur ou d'autres symptômes? À partir de la première visite chez un médecin de famille? Quand les résultats de tests confirment que d'autres traitements sont nécessaires? À partir d'un autre moment? Chaque approche présente des pour et des contre, et la méthode choisie peut influencer les résultats.

Quand faut-il envisager le temps d'attente comme étant vraiment un temps d'attente? 13

Il n'est pas facile de comparer les données à l'échelle du pays, car il existe bien des façons de définir le temps d'attente. « L'attente » correspond-elle à l'apparition de la douleur ou d'autres symptômes? Il n'existe pas de réponse toute faite. Mais il faut comprendre ces différences si l'on doit dresser de véritables comparaisons. Ce graphique présente une démarche possible assortie de diverses options pour calculer les temps d'attente.



le patient doit être soigné. Les facteurs peuvent être si nombreux qu'il est souvent ardu de démêler ce qui a fait qu'un patient a dû attendre pour recevoir des soins.⁹ On dispose de données limitées sur qui attend quoi, pendant combien de temps et les facteurs qui influencent l'attente. Des groupes différents surveillent les temps d'attente de différentes façons. Certains demandent aux patients qui ont reçu des traitements pendant une période donnée combien de temps ils ont attendu avant de recevoir des soins. D'autres recueillent l'information directement dans les dossiers médicaux ou au moyen de systèmes de surveillance spécialisés.

Une autre méthode consiste à demander aux médecins combien de temps ils prévoient qu'un patient devra attendre avant de recevoir un certain type de soins. Une étude réalisée par la Fondation

canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)¹⁰ indique qu'il s'agit peut-être de la meilleure façon de mesurer la satisfaction des dispensateurs de soins à l'égard des temps d'attente.

Les méthodes sont difficiles à comparer en raison des différences dans les définitions utilisées. Les temps d'attente mesurés au moyen de sondages auprès des patients semblent être plus courts que ceux obtenus grâce à des sondages auprès des médecins.

Un exemple de ce qui est mesuré

Partout au pays, on dispose de plus en plus de renseignements sur qui attend quoi et pendant combien de temps. Nous avons présenté plusieurs de ces initiatives dans les rapports antérieurs mais de nouveaux projets continuent de faire surface. Cette année, nous présentons encore une fois des exemples de renseignements qui existent sur les temps d'attente et qui proviennent de programmes récents ou continus.

Par exemple, une étude menée récemment au **Québec** a suivi les changements dans les temps d'attente à partir de la première technique diagnostique jusqu'à la chirurgie pour le cancer du sein entre 1992 et 1998. Les chercheurs ont constaté que les temps d'attente médians avaient augmenté de beaucoup, passant de 29 à 42 jours. Cette observation était valable même après avoir tenu compte des différences dans l'âge et le stade du cancer au moment du diagnostic. Selon les chercheurs, les deux principaux facteurs ayant contribué aux temps d'attente étaient le nombre de techniques diagnostiques avant la chirurgie et le stade du cancer au moment du diagnostic.¹¹

Des chercheurs en **Ontario** surveillent aussi les temps d'attente dans les cas de cancer.¹² Ils ont observé les temps d'attente de patients sélectionnés sur une période de quatre mois atteints de cancer du sein, gynécologique, colorectal, cervico-facial, thoracique et urologique et soignés par des chirurgiens affiliés à des centres régionaux du cancer. Les chercheurs ont conclu que les temps d'attente variaient en fonction du type de cancer et quelque peu selon l'âge du patient.

Démêler les faits — Temps d'attente 14

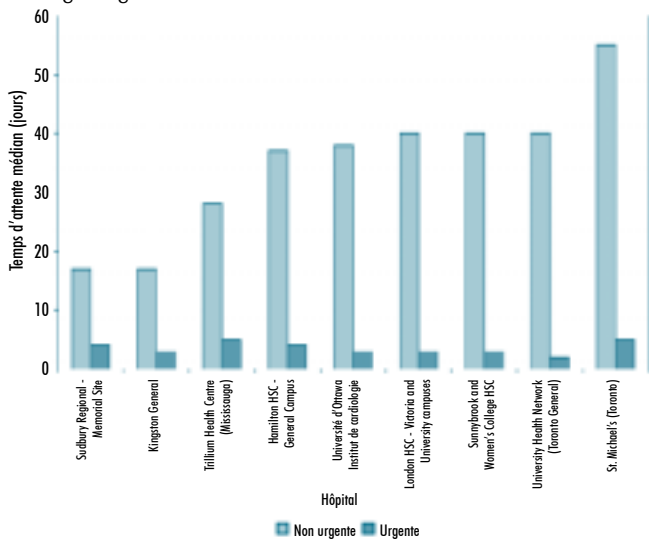
Les résultats des études sur le temps d'attente semblent se contredire en partie à cause des écarts dans les méthodes utilisées et les sources de données. Ce tableau présente quelques différences importantes entre certaines études récentes sur les listes d'attente au Canada et l'information figurant au registre. De plus, même si la plupart des études englobent tous les patients ayant reçu des soins, la portée des sondages auprès des médecins varie. Ainsi, seulement le quart environ des médecins auxquels s'est adressé l'Institut Fraser en 2001 ont répondu au sondage.

Étude	Source de données / couverture	Conclusion générale	Temps évalué	Période
Nouveau-Brunswick	Listes d'attente en chirurgie dans les hôpitaux régionaux	5,5 % plus de cas en attente à la fin de mars 1999 par rapport à 1998	N ^o de patients en attente, non les temps d'attente	Mars 1996-1999
Données sur le N.-B., le N.-É., l'Ont. issues de la Base de données sur les congés des patients	Expérience vécue par les patients qui a été déclarée par les hôpitaux	L'attente varie pendant l'année et est plus longue en hiver	Temps passé à l'urgence après qu'un professionnel de la santé a déterminé qu'un patient devrait être admis	Mars 2000 – avril 2001
Réseau de soins cardiologiques de l'Ontario	Expérience vécue par les patients qui a été déclarée par les hôpitaux	Écarts entre les régions mais, dans toutes les régions, les patients nécessitant des soins urgents attendent moins longtemps que les patients dont les soins sont facultatifs	De la réservation de la chirurgie à la chirurgie	Novembre 2001 – janvier 2002
Centre de l'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba	Expérience vécue par les patients selon les réclamations à l'assurance-maladie	Peu de changement sur une période de 5 ans, aucun changement ou diminution pour 6 des 8 interventions	De la dernière consultation avant l'opération par le chirurgien à la date de la chirurgie	1992-1993 à 1996-1997
Alberta Health and Wellness Indicateurs de rendement	Autorités sanitaires régionales (arthroplasties); conseil du cancer de l'Alberta	Temps d'attente varient entre les régions, dont certains sont supérieurs ou inférieurs aux objectifs provinciaux	Prescription pour un premier traitement de radiation et de chimiothérapie – de la décision ou de la réservation de la chirurgie à la chirurgie pour arthroplastie	Rapports trimestriels de 2001
Registre des listes d'attente en chirurgie en C.-B. – Tendances provinciales	Expérience vécue par les patients qui a été déclarée par les hôpitaux	Les attentes ont été en hausse et en baisse au cours des 5 dernières années; l'attente pour certains genres de soins était en hausse et d'autres, en baisse, dans les 6 derniers mois	De la réservation de la chirurgie à la chirurgie	Juin 1995 – Juin 2001
Institut Fraser	Sondage sur l'opinion des médecins au sujet du temps d'attente	Le temps d'attente réel a été souvent plus long que ce que les médecins envisageaient comme étant raisonnables en 2000-2001 dans la plupart des régions du Canada	De la consultation d'un omnipraticien à un spécialiste, d'un spécialiste au traitement	1991-2001
Sondage du Fonds du Commonwealth auprès des médecins	Sondage sur l'opinion des médecins au sujet des temps d'attente prévus	Temps d'attente prévus pour arthroplasties de la hanche plus courts au Canada qu'en Australie, en Nouvelle-Zélande et au RU, mais plus long qu'aux É.-U.	Non précisé	D'avril à juillet 2000

Source : Compilation de l'ICIS.

Temps d'attente en Ontario pour une chirurgie à cœur ouvert 15

Les temps d'attente pour une chirurgie à cœur ouvert varient en Ontario. En 2000-2001, à l'hôpital St. Michael, le temps d'attente médian — le moment où la moitié de tous les patients attend plus longtemps et la moitié attend moins longtemps — s'élevait à 55 jours pour une chirurgie à cœur ouvert non urgente. Cela se compare à 17 jours à l'hôpital régional de Sudbury et à l'hôpital général de Kingston. Dans tous les hôpitaux, le temps d'attente médian était de 2 à 5 jours pour les cas urgents. Dans toute la province, il était de 38 jours en 2000-2001 pour une chirurgie non urgente et de 3 jours pour une chirurgie urgente.



Source : Cardiac Care Network of Ontario. (2002). Patient Access to Care. www.ccn.on.ca/access/waittimes.html

À l'urgence

Les salles d'urgence bondées ont continué à faire les manchettes dans plusieurs régions du pays au cours de la dernière année. Combien de gens se présentent à l'urgence, la gravité de leur maladie, ce qui se passe à l'urgence, le nombre de lits disponibles dans l'hôpital, les autres types de soins dispensés dans la collectivité, et d'autres facteurs, déterminent à quel point une salle d'urgence est occupée.

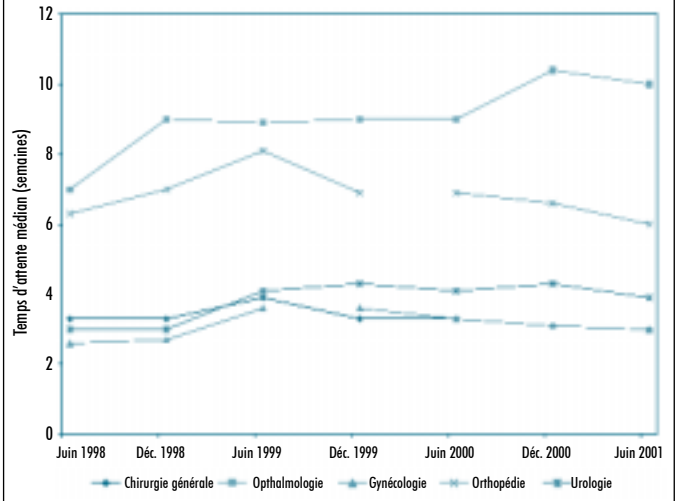
Dans un sondage réalisé en 1999¹³, on a demandé aux Canadiens qui s'étaient rendus à l'urgence dans les six mois précédents combien de temps ils ont attendu avant de voir un médecin. Presque la moitié (49 %) ont déclaré avoir attendu moins d'une heure. À l'opposé, 9 % ont dit avoir attendu plus de quatre heures et 1 % ont quitté avant d'avoir vu le médecin. Les patients plus âgés (65 % de ceux âgés de 55 ans et plus) étaient plus susceptibles de rapporter avoir vu un médecin en moins d'une heure.

La situation est différente quand on demande aux gens ce qu'ils pensent du temps qu'ils ont attendu à l'urgence. C'est ce qu'un récent sondage a fait auprès de patients ontariens¹⁴. Il a révélé que 78 % des personnes interrogées ont dit être satisfaites du temps qu'elles ont passé à l'urgence pour recevoir des soins.

La plupart des patients qui se présentent à l'urgence retournent à la maison après avoir été soignés, mais d'autres doivent être hospitalisés. Les hôpitaux dans plusieurs provinces surveillent maintenant combien de temps les patients attendent à l'urgence après qu'un professionnel de la santé ait décidé qu'ils doivent être hospitalisés. Le temps d'attente médian dans trois provinces (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Ontario) était de 90 minutes en 2000-2001.

Temps d'attente pour une chirurgie en Colombie-Britannique 16

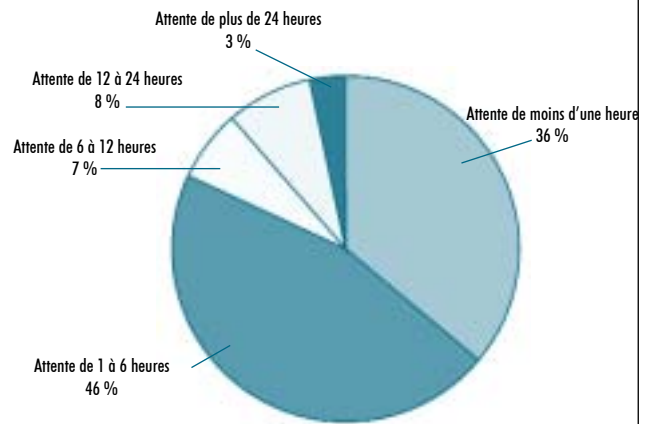
La Colombie-Britannique tient un registre informatisé présentant le nombre de chirurgies et les temps d'attente déclarés par les hôpitaux. Cette base de données dresse 95 % de toutes les chirurgies réservées par le médecin orienteur en Colombie-Britannique. Les temps d'attente sont calculés à partir de la date de réservation jusqu'à la date de chirurgie pour toutes les chirurgies effectuées dans les trois mois précédant la date de déclaration. La chirurgie de l'œil et la chirurgie orthopédique ont les temps d'attente médians les plus longs; la chirurgie générale et la chirurgie gynécologique obtiennent les temps les plus courts.



Source : BC Surgical Wait List Registry (2001). Provincial Trends. www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/provdata.html

En attente d'un lit 17

Combien de temps les gens dans une salle d'urgence doivent-ils attendre dès que l'on a déterminé qu'ils doivent être admis à l'hôpital? Pour 2000-2001, des données globales sont offertes pour trois provinces (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Ontario). Plus de 80 % des patients ont attendu moins de six heures pour avoir un lit. Seulement 3 % ont attendu plus de 24 heures. En règle générale, le temps d'attente était plus long en hiver.



Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- L'espérance de vie au Canada est l'une des plus élevées au monde, mais on observe des écarts importants entre les régions du pays et les groupes de population.
- La plupart des Canadiens disent avoir consulté un médecin de famille au cours de la dernière année. Ils sont nombreux aussi à avoir recours à une combinaison d'autres services de santé. Le nombre de Canadiens qui consultent des dispensateurs de soins complémentaires et parallèles semble augmenter.
- La confiance des Canadiens dans le système de santé varie d'un endroit à l'autre au pays. Dans le cadre de nombreux sondages, les répondants ont déclaré être plus satisfaits des services qu'ils avaient personnellement reçus que des services de santé en général. La plupart des Canadiens évaluent les soins qu'ils ont reçus comme étant excellents ou très bons, quoiqu'on observe des écarts dans les taux de satisfaction au pays.
- Il y a quelques sources d'information sur les temps d'attente pour divers types de soins au pays.

Ce que nous ignorons

- Quels types de services sont dispensés dans les salles d'urgence et les cliniques de consultations externes? Dans quelle mesure la combinaison changeante des services hospitaliers répond aux besoins des collectivités?
- Comment la satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers et d'autres types de services se compare d'un bout à l'autre du pays? Quels facteurs expliquent les degrés de satisfaction plus élevés et moins élevés?
- Comment les temps d'attente se comparent d'un océan à l'autre? Quel pourcentage des temps d'attente entre dans le cadre des lignes directrices recommandées pour les différents traitements? Quelles sont les répercussions émotionnelles et physiques de l'attente?

Ce qui se passe

- La nouvelle Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes offre une mine de renseignements sur les types de soins que les Canadiens de différentes régions déclarent recevoir.
- Les premiers ministres des provinces et des territoires et le premier ministre du Canada ont convenu de surveiller la satisfaction des patients et les temps d'attente, ainsi que 12 autres indicateurs, dans leur secteur de compétence respectif et d'en faire rapport d'ici 2002.
- Les sources de données sur les temps d'attente prennent de l'ampleur. Par exemple, le ministère de la Santé de la Saskatchewan met au point un système d'information sur les listes d'attente qui englobera environ 93 % des chirurgies pratiquées dans la province.¹⁵ À l'échelle nationale, l'ICIS a lancé le Registre canadien des remplacements articulaires en 2000, en collaboration avec des chirurgiens orthopédiques de partout au pays. Dans le cadre de ce projet, les partenaires tentent de recueillir des données comparables sur les temps d'attente pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou.
- Le Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest canadien a réuni des intervenants clés en 1999 pour développer des outils fiables, valides, pratiques et transparents sur le plan clinique afin de classer par ordre de priorité les patients en attente d'une chirurgie de la cataracte, de services de santé mentale pour les enfants, d'une chirurgie générale, d'une arthroplastie de la hanche ou du genou et d'un examen par IRM.¹⁶ Un rapport sur les résultats du projet a été publié en mars 2001. Le Projet sur les listes d'attente en Ontario évalue aussi certains de ces outils.¹⁷

Pour en savoir davantage

- ¹ Statistique Canada. (2001). *Indicateurs de la santé : espérance de vie*. Statistique Canada, 2001, 3. http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01201/hlthstatus/deaths_f.htm
- ² Statistique Canada. (2002). *Le Canada en statistiques : espérance de vie à la naissance*. Statistique Canada, 82F0075XCB au catalogue.
- ³ Chen J, Shields M. (1999). L'état de santé à l'âge mûr. *Rapports sur la santé*. Statistique Canada, 82-003-XIF au catalogue, 11(3), 35-46.
- ⁴ Institut canadien d'information sur la santé (2001). *Hospital Report 2001: Acute Care*. Ottawa : ICIS.
- ⁵ Berger E. (2000). *The Berger Population Health Monitor*. Toronto : The Hay Group.
- ⁶ McGillis Hall L, Irvine Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L, Donner G. (2001). *A Study of the Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System and Nurse Outcomes: A Summary Report of the Nursing Staff Mix Outcomes Study*. Toronto : University of Toronto, Faculty of Nursing.
- ⁷ Northcott HC. (2001). *The 2001 Survey About Health and the Health System in Alberta*, (Alberta Health and Wellness). University of Alberta : Population Research Laboratory.
- ⁸ Hadorn DC and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. (2000). Setting priorities for waiting lists: Defining our terms. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163(7), 857-60.
- ⁹ Olivotto IA, Bancej C, Coel V, Snider J, McAuley R, Irvine B, Kan L, Mirsky D, Sabine MJ, McGilly R, Caines JS. (2001). Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(3), 277-283.
- ¹⁰ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). (1998). *Quid Novi?* 1(4). Ottawa : FCRSS.
- ¹¹ Mayo NE, Scott SC, Shen N, Hanley J, Goldberg MS, MacDonald N. (2001). Waiting time for breast cancer surgery in Quebec. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(8), 1133-8.
- ¹² Simunovic M, Gagliardi A, McCready D, Coates A, Levine M, DePetrillo D. (2001). A snapshot of waiting times for cancer surgery provided by surgeons affiliated with regional cancer centres in Ontario. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(4), 421-5.
- ¹³ Berger E. (2001). *The Berger Population Health Monitor*. Toronto : The Hay Group.
- ¹⁴ Initiative conjointe de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et du gouvernement de l'Ontario. (2001). *Hospital Report 2001: Emergency Department Care*. Toronto : Hospital Report Research Collaborative, University of Toronto.
- ¹⁵ Saskatchewan Health. (2000). *Saskatchewan Health Annual Report 2000-01*. www.health.gov.sk.ca/Report.pdf
- ¹⁶ Western Canada Waiting List Project. (2001). *From Chaos to Order: Making Sense of Waiting Lists in Canada*. www.wcwl.org
- ¹⁷ Comité de politique conjointe et planification d'Ontario. (Le 10 novembre 2000). *Ontario Waiting List Project Launched*. www.jpcc.org/owl/news_rel1.htm

3. Les gens, les coûts, l'information

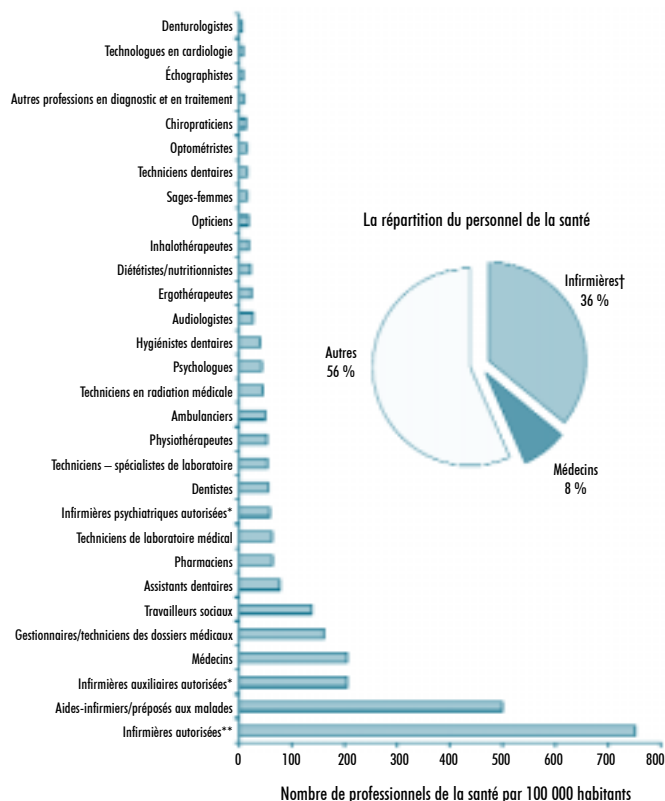
Les soins de santé sont une industrie énorme qui exige de nombreuses ressources. Plus de 1,5 million de Canadiens travaillaient dans la santé et les services sociaux en 2000. Et nous dépensons maintenant plus de 102 milliards de dollars par année pour les soins de santé (prévision de 2001). Le présent chapitre se penche sur les ressources humaines,

financières et documentaires utilisées pour soigner les Canadiens d'un océan à l'autre.

Les professionnels de la santé au Canada

18

Réunies, les infirmières autorisées (IA), les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) ainsi que les infirmières psychiatriques autorisées (IPA) comptent pour plus du tiers de tous les travailleurs de la santé. Le reste provient d'une large gamme de professions. Ce diagramme présente le nombre de professionnels de la santé par 100 000 Canadiens selon des professions sélectionnées pour l'an 2000.



Remarque : Les infirmières psychiatriques autorisées (IPA) sont inscrites seulement en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba; par conséquent, le ratio pour ce groupe est calculé en fonction du nombre d'habitants de ces quatre provinces seulement.

† Englobe les IA, les IAA et les IPA.

Les gens

Environ un Canadien sur 10 travaillait dans la santé et les services sociaux en 2000.¹ Bon nombre d'entre eux dispensent des soins directs aux patients. D'autres ont un rôle de soutien, enseignent, font de la recherche, administrent des programmes de santé ou ont d'autres responsabilités. De plus, les Canadiens sont encore plus nombreux à soigner des amis ou des membres de leur famille, ou encore à faire du bénévolat auprès d'organismes de services de santé.

Et ce n'est pas tout : Rapport sur les travailleurs de la santé au Canada

L'ICIS a récemment publié un rapport spécial qui présente une information plus détaillée sur les dispensateurs de soins au Canada. On y aborde le nombre et la répartition des travailleurs de la santé, les tendances de l'enseignement, la migration, la composition et les caractéristiques de l'équipe de santé, le recrutement et le maintien en poste, la santé et la vie au travail des professionnels de la santé, et beaucoup plus. On peut télécharger le rapport sans frais à partir de www.icis.ca.



Sources : Enquête sur la population active, Statistique Canada, à moins d'avis contraire.

* Base de données sur le personnel de la santé, ICIS.

** Base de données des infirmières et infirmiers autorisés, ICIS.

Les infirmières canadiennes

Les soins infirmiers constituent la plus grosse des professions de la santé. Les infirmières travaillent dans toutes sortes de milieux — des soins en situation de crise aux salles d'urgence débordées, en passant par les soins de courte durée dans les salles communes des hôpitaux, les soins palliatifs dans les établissements de soins de longue durée et les soins communautaires à domicile. Elles peuvent aussi aider les nouvelles mamans à la maison ou promouvoir les politiques de santé publique, comme les endroits publics sans fumée. Elles font aussi de la recherche en milieu universitaire, travaillent dans les soins à domicile, et bien d'autres choses. On compte trois groupes réglementés : les infirmières

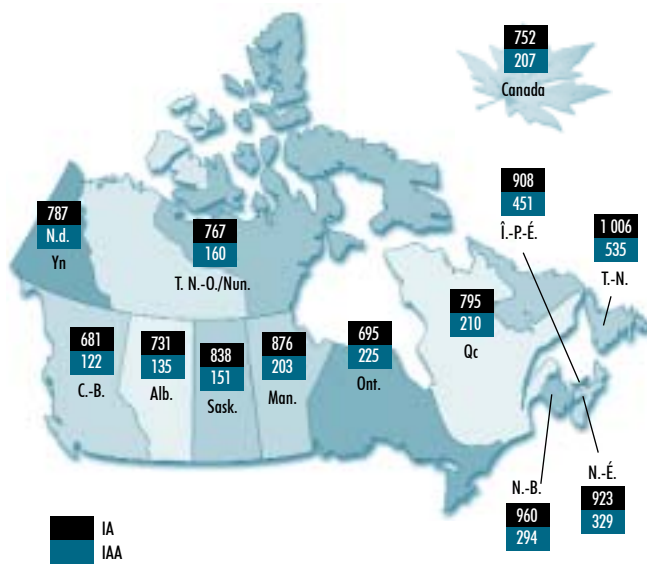
autorisées (IA), les infirmières auxiliaires autorisées (IAA)* et les infirmières psychiatriques autorisées (IPA).

En 2000, plus de 232 000 IA travaillaient en soins infirmiers au Canada. Il s'agit d'une hausse de plus de cinq infirmières autorisées par 100 000 habitants comparativement à 1999, mais d'une baisse de 35 par 100 000 habitants par rapport à 1995. Même si la plupart des IA (64 % en 2000) travaillent encore dans les hôpitaux, elles sont de plus en plus nombreuses dans la santé communautaire. On comptait aussi plus de 63 000 IAA et 5 400 IAP qui travaillaient au Canada en 2000. Seules les quatre provinces de l'Ouest décernent des permis de pratique aux infirmières psychiatriques autorisées.

Les infirmières à l'échelle du pays

19

En 2000, 752 infirmières autorisées (IA) par 100 000 Canadiens et 207 infirmières auxiliaires autorisées (IAA) par 100 000 Canadiens œuvraient en soins infirmiers. Or, les ratios du personnel infirmier par rapport au nombre d'habitants variaient à l'échelle du pays, comme le montre ce graphique.



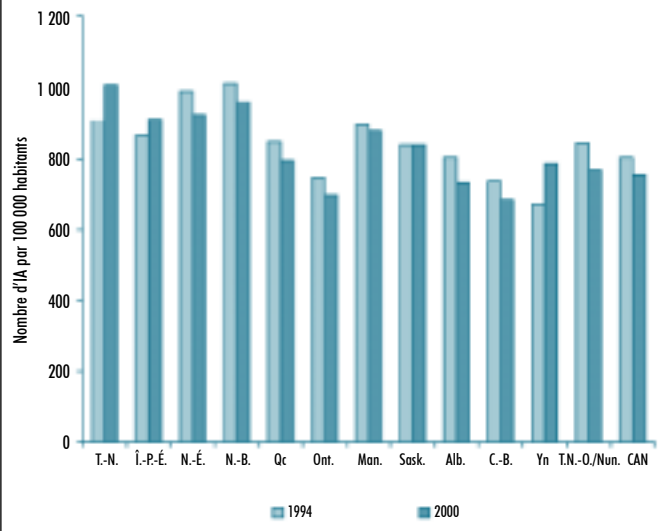
*Remarques : Les données sur les IAA du Manitoba ont fait l'objet d'estimation. Les données sur les IAA n'ont pas été présentées pour le Yukon. Les données sur les IAA pour les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne peuvent être séparées pour les deux territoires. Le même ratio (calculé au moyen des chiffres démographiques combinés) est donc utilisé pour les deux territoires.

Sources : Base de données des infirmières et infirmiers autorisés, ICIS.
Base de données sur le personnel de la santé, ICIS.

Tendances du nombre d'infirmières

20

De 1994 à 2000, le nombre d'infirmières autorisées par 100 000 habitants a diminué dans la plupart des régions du pays. Parmi les exceptions, mentionnons Terre-Neuve et le Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon (dont le ratio a augmenté) ainsi que la Saskatchewan (qui a connu peu de changement au cours de cette période).



Source : Base de données des infirmières et infirmiers autorisés, ICIS.

* Les infirmières auxiliaires autorisées s'appellent aussi infirmières auxiliaires immatriculées et infirmières auxiliaires dans différentes parties du pays.

Les soins infirmiers dans les régions rurales et les petites villes du Canada

Les régions rurales et les petites villes étaient le lieu de résidence d'environ 22 % de la population canadienne en 2000, dont 18 % des infirmières autorisées travaillant en soins infirmiers. Il s'agit de 41 502 IA, ou 623 par 10 000 habitants. Dans les milieux urbains, le nombre était de 780 par 10 000 Canadiens.

Entre 1994 et 2000, la croissance démographique a été accompagnée de baisses dans le nombre d'IA travaillant dans les soins infirmiers dans les milieux urbains et ruraux. Par conséquent, le ratio infirmière par habitant a baissé dans les deux types de régions.

Ces ratios sont des points de départ utiles, mais ils n'expliquent pas complètement les variations dans le nombre d'infirmières. Il faut aussi tenir compte des différences dans la géographie et la distance, le type de travail des infirmières, les caractéristiques de la pratique et l'environnement de travail. Un nouveau programme de recherche commence à examiner ces facteurs, ainsi que bien d'autres questions.

Les premiers résultats² semblent indiquer qu'en général, les IA qui vivent et travaillent dans les régions rurales et les petites villes du Canada et leurs collègues des milieux urbains ont plusieurs caractéristiques en commun. Par exemple, la main-d'œuvre en soins infirmiers autorisés vieillit; moins d'un IA sur 20 est un homme; le niveau d'instruction moyen des IA est plus élevé; et la plupart des IA dispensent des soins directs aux patients.

Parmi ces tendances générales, on observe des différences importantes d'une collectivité à une autre. Ainsi, 22 collectivités rurales sont desservies par une seule IA âgée de 60 ans ou plus; 93 n'ont qu'une IA âgée entre 50 et 59 ans. À l'opposé, des infirmières beaucoup plus jeunes travaillent dans certaines collectivités rurales. Une seule IA âgée de moins de 30 ans est en poste dans 54 collectivités.

On observe aussi des différences dans d'autres domaines entre les régions rurales et urbaines. Par exemple, les IA dans les milieux ruraux et les petites villes du Canada sont plus susceptibles de travailler pour plus d'un employeur. Elles ont aussi plus tendance à tenir des rôles qui se recouvrent (p. ex. gestion/administration et soins directs aux patients). Les caractéristiques de la migration sont également différentes. Ainsi, les IA dans les milieux ruraux sont plus susceptibles que leurs collègues des villes de rester dans la province où elles ont été formées. Pour ce qui est des autres types d'immigrants, les infirmières formées à l'étranger ont tendance à travailler dans les régions urbaines.

Ne manquez pas les résultats à venir du *Groupe d'étude sur les pratiques infirmières en régions éloignées et rurales du Canada*.



Tendances chez les médecins

Après les soins infirmiers, les médecins constituent le deuxième groupe en importance des professions réglementées de la santé. En 2000, l'ICIS a compté plus de 57 800 médecins en pratique clinique et non clinique au Canada — une hausse de 5,3 % depuis 1996. Pendant cette période, le nombre de spécialistes a connu une augmentation plus forte (7,4 %) que les médecins de famille (3,2 %). En 2000, les spécialistes représentaient un peu moins de la moitié des médecins (49,6 %).

Les caractéristiques de la croissance variaient d'un endroit à l'autre au pays. On estime qu'entre 1996 et 2000, les Territoires du Nord-Ouest ont enregistré la croissance la plus prononcée dans le nombre de médecins par 100 000 habitants (+25). La Nouvelle-Écosse (+14), la Saskatchewan (+10), le Manitoba (+8) et Terre-Neuve (+7) ont aussi connu une

croissance importante. En Alberta¹, au Québec, en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, les augmentations ont été plus petites. Et, bien que le nombre de médecins ait augmenté dans la plupart des régions du pays, il est demeuré relativement stable en Ontario (-1) et a diminué au Yukon (-10). Le Nunavut a aussi connu une baisse entre 1999 et 2000 (-15).

Les chiffres absolus sur les médecins autorisés sont un facteur important pour comprendre le nombre de médecins. Il y en a plusieurs autres. Par exemple, bon nombre de médecins exercent des fonctions autres que les soins cliniques, comme l'administration, l'enseignement et la recherche. Il est donc important de tenir compte non seulement du nombre de médecins titulaires d'un permis de pratique, mais aussi du nombre de médecins qui fournissent divers types de services.

¹ En raison de questions récemment identifiées relatives à la transmission de données, cette estimation faisait l'objet d'une révision au moment de la publication.

D'autres facteurs peuvent aussi influencer le nombre « efficace » de médecins, dont le sexe, l'âge, la spécialité, la taille de la collectivité, l'endroit d'obtention du diplôme, les demandes cliniques, la charge de travail moyenne et les caractéristiques personnelles. Par exemple, selon un rapport récent³, entre 15 et 20 % des médecins rémunérés à l'acte pour les services cliniques sont « inactifs » pour au moins trois mois au cours de l'année financière. Cette situation est plus courante chez les femmes médecins et les médecins dans les régions rurales.

Toutefois, malgré les périodes d'inactivité, la charge de travail des médecins est de plus en plus lourde.³ En fait, leur charge de travail — telle que mesurée par les coefficients d'activité — augmente depuis 1993-1994 dans les trois grandes catégories de spécialité : soins primaires, spécialités médicales et spécialités chirurgicales.

Qu'est-ce qu'un coefficient d'activité

Les « coefficients d'activité » comparent la quantité de travail relative de deux groupes de médecins, telle que mesurée en fonction de l'activité rémunérée à l'acte, en tenant compte de la province d'exercice et de la spécialité. Par exemple, un coefficient de 1,0 représente ce qu'un médecin typique à temps plein a facturé (techniquement, entre les 40^e et 60^e percentiles), ajusté en fonction des différences entre les provinces et les spécialités.³

Les dispensateurs de demain

Les diplômés des programmes de formation d'aujourd'hui sont les dispensateurs de soins de demain. Le nombre et le type de diplômés auront des répercussions importantes sur l'avenir de notre système de santé.

Aujourd'hui, plus de femmes que d'hommes travaillent dans la santé. Les inscriptions dans les universités portent à croire que cette tendance se maintiendra. En 1998-1999, Statistique Canada a indiqué qu'environ 37 500 étudiants étaient inscrits à temps plein ou à temps partiel à des programmes de premier cycle à l'intention

des professionnels de la santé. Plus des trois quarts (76 %) étaient des femmes.⁴

Les augmentations annoncées récemment dans les inscriptions pour certains programmes de formation des professionnels de la santé gonfleront peut-être ces chiffres dans les années à venir. Ainsi, la Colombie-Britannique prévoit presque doubler les inscriptions des étudiants en première année de médecine. Elles passeraient de 128 à 224 d'ici 2005.⁵ La province entend aussi établir des écoles de médecine satellites à Prince George et à Victoria dans le cadre du nouveau programme de médecine du Nord et des îles. L'an dernier, l'Ontario a annoncé des mesures semblables. On prévoit admettre 55 étudiants à une nouvelle école de médecine dans le Nord avec des campus à Sudbury et à Thunder Bay en 2004.⁶ Les écoles de médecine de l'Ontario pourront aussi admettre 47 étudiants de plus cette année, en plus des 113 nouveaux stages offerts en 2000 et 2001. Certains programmes de niveau supérieur sont également en expansion. Par exemple, afin d'accorder plus de place à l'exercice dans le Nord et en milieu rural, on a créé 25 nouveaux postes de formation postdoctorale de première année et 25 nouveaux postes de troisième année en médecine familiale.⁷ Finalement, le gouvernement de l'Ontario ouvre ses portes à 15 citoyens canadiens ou résidents permanents qui ont suivi leur formation à l'extérieur du Canada pour qu'ils fassent leur formation postdoctorale avant de commencer leur carrière en Ontario.⁸

La médecine n'est pas le seul secteur en expansion. En effet, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve ont ajouté 14 et 32 (dans l'ordre) nouvelles inscriptions en sciences infirmières.^{9,10} Certains établissements d'enseignement offrent aussi des programmes qui permettent aux étudiants d'obtenir leur diplôme plus rapidement, en condensant les études pour les étudiants qui ont déjà obtenu des grades ou en permettant aux étudiants de prendre des cours pendant l'été.

Les frais de scolarité

Les étudiants d'aujourd'hui dans les programmes de santé sont aux prises avec des frais de scolarité de plus en plus élevés. Les frais de scolarité moyens dans les universités canadiennes ont augmenté régulièrement dans les dernières années.¹¹ Cette observation est valable pour les programmes de premier, de deuxième et de troisième cycles et pour la plupart des types de programmes. Par exemple, les frais de scolarité annuels moyens pour les programmes d'art dentaire sont passés de 5 425 \$ à 8 491 \$ (hausse de 57 %) entre 1998-1999 et 2001-2002.¹² Pendant la même période, les frais de scolarité des étudiants en médecine ont augmenté de 39 %. En 2001-2002, ils devaient déboursier en moyenne 6 654 \$.

Les prêts étudiants et les niveaux d'endettement augmentent aussi. Selon l'Enquête nationale de Statistique Canada auprès des diplômés, 50 % des nouveaux diplômés des programmes de santé universitaires[†] en 1995 avaient contracté des prêts étudiants gouvernementaux par rapport à 47 % en 1986.¹³ La somme médiane due a aussi grimpé pendant cette période, passant de presque 9 300 \$ à 15 000 \$ (somme indexée). Les diplômés étaient aussi plus nombreux à se tourner vers d'autres sources de financement, comme la famille, les amis et d'autres établissements financiers, pour financer leur éducation (de 18 % en 1986 à 22 % en 1995).

Les diplômés de programmes différents déclaraient aussi des niveaux et des types différents d'endettement. Ceux des sciences infirmières étaient moins susceptibles que les autres d'avoir emprunté de l'argent en 1995.

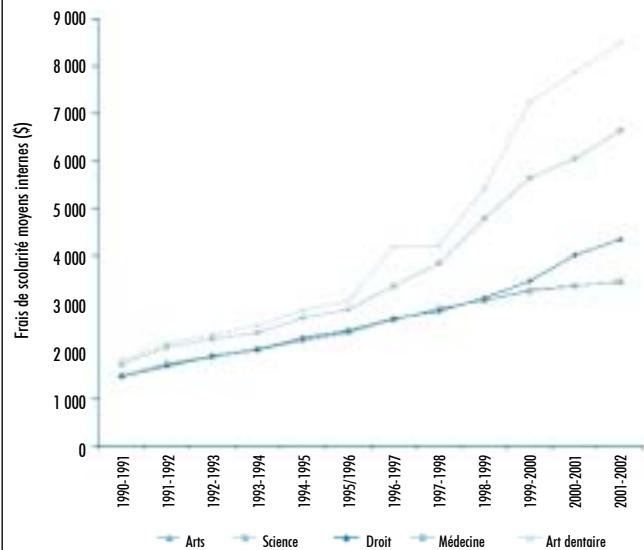
À l'opposé, le recours à des sources de financement autres que les prêts étudiants était plus élevé pour les étudiants en médecine[§] que pour les autres diplômés. En 1995, 48 % ont déclaré le faire, par rapport à 27 % en 1986.

Un sondage distinct réalisé en 2001 a révélé que les étudiants de première année de médecine en Ontario (où les frais de scolarité ont plus que doublé depuis 1997) s'attendaient à être plus endettés que ceux de quatrième année. Ils anticipaient devoir en moyenne

Augmentation des frais de scolarité

21

Les programmes de médecine et les programmes d'art dentaire comptent des frais de scolarité moyens pour les étudiants de premier cycle plus élevés que les autres types de programmes — et ils ont enregistré des augmentations plus marquées depuis 1998-1999. Ce diagramme présente des frais de scolarité moyens pour les étudiants de premier cycle par année et selon le type de programme. À l'aide des données d'inscription les plus à jour, les moyennes sont pondérées par le nombre d'étudiants inscrits à chaque université par programme.



Remarque : Les valeurs moyennes présentées ci-dessus ne sont pas rajustées pour l'inflation. De 1990 à 2001, l'indice des prix à la consommation a progressé de 25 %.

Sources : Enquête sur les frais de scolarité et de subsistance, Culture, tourisme et centre des statistiques sur l'éducation, Statistique Canada.

Passer le flambeau

Les caractéristiques scolaires et professionnelles des enfants de parents pauvres et moins instruits ont tendance à être différentes de celles des autres familles.^{15,16,17,18} Dans l'Enquête nationale de 1995 auprès des diplômés, plus de la moitié des diplômés des programmes de santé (52 % dans les universités et 65 % dans les collèges) ont déclaré que leur père avait fait leurs études secondaires ou moins. Les résultats étaient semblables pour la mère. Les parents des diplômés en sciences infirmières étaient plus susceptibles de figurer dans ce groupe (environ 65 %) que ceux des diplômés en médecine (environ 39 %).

Selon un sondage réalisé en 2001 auprès des étudiants de première année en médecine (sauf au Québec)¹⁹, les répondants présentaient plusieurs différences par rapport à la population canadienne dans son ensemble. Par exemple, ils étaient plus nombreux à provenir des minorités visibles, quoique certains groupes étaient sur-représentés ou sous-représentés. Les étudiants étaient aussi moins susceptibles de venir de milieux ruraux (11 % versus 22 % de la population) ainsi que de familles et de quartiers dont le statut socioéconomique est peu élevé. Ainsi, ils ont rapporté que 39 % de leur père et 19 % de leur mère étaient titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat. Cela se compare à 6,6 % des Canadiens de 45-64 ans et à 3 % des Canadiennes du même groupe d'âge.

[†] Ne comprend que les diplômés qui n'avaient pas fait d'autres études postsecondaires avant l'entrevue.

[§] Comprend les diplômés du programme professionnel et des programmes des spécialités médicales et chirurgicales.

80 000 \$ à la fin de leurs études, par rapport à 57 000 \$ pour les étudiants de quatrième année.

Ils étaient aussi plus enclins à dire que leur situation financière serait déterminante dans la spécialité qu'ils choisiraient et dans l'endroit où ils exerceraient leur profession. On n'a pas relevé de tels écarts dans les sondages menés auprès des étudiants dans les autres écoles de médecine au Canada à l'extérieur du Québec et de l'Ontario.

Administrer les soins de santé au Canada

La plupart des professionnels de la santé fournissent des services directs ou indirects aux patients. D'autres organisent des services et les dispensent. Qui administre notre système de santé? Bien qu'on en sache relativement peu sur ces professionnels, on dispose tout de même de quelques bribes d'information.

Par exemple, l'Université d'Ottawa, le Collège canadien des directeurs de services de santé et la Société Caldwell Internationale ont uni leurs efforts pour réaliser un sondage auprès des dirigeants du réseau canadien de

la santé en janvier 2000.²⁰ Le sondage demandait aux dirigeants de se décrire, de décrire leur carrière et leurs perceptions des changements dans le système de santé.

Plus de 100 dirigeants ont répondu au sondage (taux de réponse de 32 %). La plupart des répondants étaient :

- âgés entre 45 et 54 ans (57 %) — moins de 2 % avaient moins de 35 ans et moins de 10 % étaient âgés de 60 ans ou plus;
- des hommes (87 %);
- titulaires d'une maîtrise (71 %).

Plusieurs dirigeants ont déclaré avoir occupé des postes différents dans les dernières années. Plusieurs (39%) remplissaient leurs fonctions courantes depuis trois ans ou moins. Vingt pour cent étaient dans le même poste depuis trois à cinq ans et un peu moins du quart (23 %), entre cinq et 10 ans.

Les dirigeants des organismes de santé travaillent souvent avec les ministères de la santé et les politiciens. Encore une fois, on en connaît relativement peu sur ces groupes, sauf dans les endroits où des études spéciales ont été réalisées.

Les administrateurs de soins de santé au Québec

En 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a publié un rapport qui présente un portrait d'ensemble des 9 593 cadres du réseau de la santé et qui décrit les enjeux associés à leur recrutement et leur maintien en poste.²¹ Selon le rapport, un bon nombre d'administrateurs de la santé prendront leur retraite d'ici 10 ans. Parallèlement, les changements dans le système de santé auront possiblement des répercussions sur la demande pour des cadres. Le rapport recommande de planifier la transition de la main-d'œuvre étant donné que 23 % des cadres ont presque l'âge de la retraite — presque le double du taux dans les autres postes de gestion.

Gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux au Québec 22

Un rapport publié récemment par le ministère de la Santé et des Services sociaux dresse le profil de plus de 9 500 cadres intermédiaires, supérieurs et hors-cadres du secteur de la santé de la province. Ce tableau présente quelques-uns des résultats. En outre, même si presque les deux tiers (63 %) des cadres intermédiaires sont des femmes, les hommes occupent presque huit postes les plus élevés sur 10 (78 %).

Gestion	Nombre	% du total	% d'hommes	Âge moyen	% > 55 ans
Hors-cadres*	506	5 %	78 %	50,4	23 %
Cadres supérieurs**	1 390	14 %	57 %	47,8	12 %
Cadres intermédiaires	7 697	80 %	37 %	46,5	9 %
Total	9 593	100 %	42 %	46,9	10 %

Remarque :

* Englobent les directeurs généraux, les directeurs généraux adjoints et les conseillers cadres à la direction générale.

** Englobent les directeurs, les directeurs adjoints, les adjoints aux directeurs généraux, etc.

Source: Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001). *Planification de la main-d'oeuvre — Personnel cadre et hors-cadre du réseau de la santé et des services sociaux. Rapport du conseil d'administration du Centre de référence des directeurs généraux et des cadres*. Québec : MSSS.

Changements aux échelons supérieurs 23

Depuis 1990, 85 ministres de la Santé et 79 sous-ministres de la Santé se sont succédés sur la scène fédérale, provinciale ou territoriale au pays. Ce tableau présente le nombre de ministres et de sous-ministres dans chaque administration de janvier 1990 à décembre 2001 et leur maintien en poste médian (en mois). Le point médian est le moment où la moitié a occupé un poste pour une durée plus longue et la moitié a occupé un poste pour une durée moins longue.

Administration	Ministres	Durée médiane	Sous-ministres	Durée médiane
Fédérale	7	25,9	5	30,2
Terre-Neuve	6	28,7	4	16,7*
Ile-du-Prince-Édouard	5	29,6	8	13,0
Nouvelle-Écosse	6	27,4	8	21,2
Nouveau-Brunswick	5	27,6	3	31,9*
Québec	5	26,8	7	20,1
Ontario	8	17,4	6	22,8*
Manitoba	5	26,9	6	18,8
Saskatchewan	7	19,2	4	27,0*
Alberta	4	44,9	8	14,3*
Colombie-Britannique	11	8,0	9	13,8
Territoires du Yukon	5	21,3	3	44,4
Territoires du Nord-Ouest	10	9,1	5	27,3
Nunavut	1	nommé en avril 1999	3	10,0

* Valeur approximative (l'année de la nomination est la seule information disponible pour certains sous-ministres).

Source : Compilation de l'ICIS.

Les dépenses de santé

Les dépenses de santé au Canada sont plus élevées que jamais. Elles ont franchi la barre des 100 milliards de dollars pour la première fois en 2001. En tout, nous avons dépensé 102,5 milliards de dollars (prévision) pour améliorer et maintenir notre santé, une moyenne d'environ 3 300 \$ par personne.

Après avoir tenu compte de l'inflation et de la croissance démographique, on a constaté que les dépenses totales de santé ont augmenté de 4,3 % par rapport à l'année précédente. Au Canada, les augmentations annuelles des coûts liés aux soins de santé sont la norme. On enregistre une croissance régulière depuis plusieurs décennies, sauf au milieu des années 1990.

Cette tendance peut être expliquée en partie par la croissance démographique et l'inflation. Mais même après avoir tenu compte de ces facteurs, on estime que les dépenses en 2001 devraient avoir été supérieures à celles de 1975 dans une proportion de 80 %. Et les dépenses réelles par personne ont grimpé plus vite en moyenne au cours des quatre dernières années qu'à tout autre moment depuis l'introduction de l'assurance-maladie.

Diviser les dollars de la santé : qui paie?

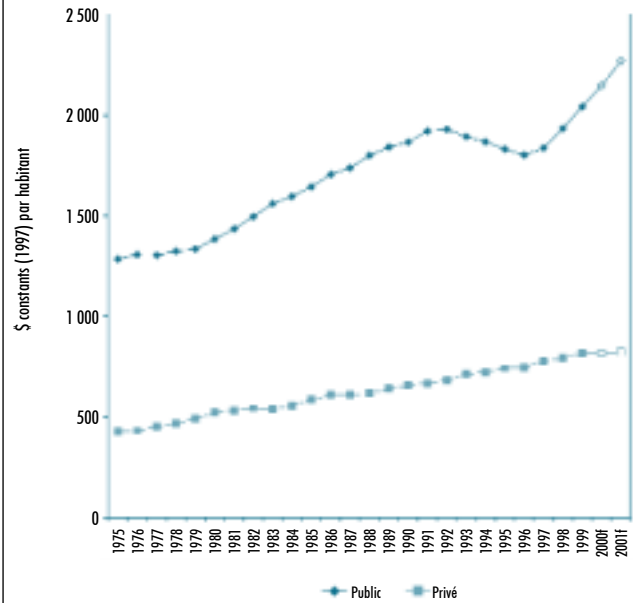
Plusieurs groupes partagent les coûts des soins de santé. Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux, de même que les programmes de sécurité sociale, paient tous une partie des coûts. Un peu moins de 2 400 \$ par personne provenaient de ces sources publiques en 2001, soit environ 73 % de l'ensemble des coûts. Le reste provenait de sources privées, comme les compagnies d'assurance et les dépenses directes.

Entre 2000 et 2001, les dépenses du secteur public ont augmenté plus rapidement que celles du secteur privé. Après avoir tenu compte de l'inflation et de la croissance démographique, on a observé une hausse de 5,7% des dépenses publiques par rapport à 0,7 % des dépenses privées. Ces hausses sont le prolongement de tendances récentes. En 1997, un peu moins de 30 % des dépenses de santé — la proportion la plus élevée des 25

Qui dépense quoi en soins de santé?

24

Chaque Canadien a consacré environ 3 298 \$ aux soins de santé en 2001 (soit l'équivalent d'environ 3 089 \$ en dollars constants de 1997). L'ICIS évalue que les dépenses de santé du secteur public ajustées à l'inflation par personne ont augmenté d'un peu moins de 6 % par rapport à 2000. Les dépenses de santé du secteur privé ont progressé de façon moindre — sous la barre des 1 %.



Remarque : Les symboles ouverts représentent des prévisions.

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

dernières années — provenaient du secteur privé. Chaque année depuis, la croissance des dépenses publiques a surpassé celle des dépenses privées. Le contraire s'est produit entre 1992 et 1997.

Comment le Canada se compare

Le Canada dépense plus d'argent pour les soins de santé que la plupart des pays. Par exemple, nous y avons consacré environ 9,3 % du PIB en 1998. Seuls trois pays de l'OCDE ont dépensé plus — les États-Unis (12,9 %), la Suisse (10,4 %) et l'Allemagne (10,3 %).²²

Qu'en est-il des dollars réels consacrés aux soins de santé? En tout, nous avons dépensé plus par personne que 25 des 29 autres pays de l'OCDE en 1998, après ajustement en fonction des différences dans les taux d'échange et les prix. À l'échelle internationale, des dépenses élevées ne sont pas nécessairement synonymes d'une bonne santé. Ainsi, les États-Unis dépensent toujours plus pour la santé que le Canada mais l'espérance de vie y est plus courte.

Dans tous les pays, la facture des soins de santé est divisée entre les payeurs publics et privés. Aux États-Unis, même si la part du secteur public (45 % en 1998) est moins élevée que dans tous les autres pays de l'OCDE, elle constitue néanmoins des dépenses importantes. Par exemple, les dépenses de santé du secteur public par habitant pour la santé (1 866 \$ US) en 1998 étaient plus élevées que le total des dépenses publiques et privées dans plus de la moitié des pays de l'OCDE. Le secteur public des autres membres de l'OCDE a dépensé entre 46 % (Corée) et 92 % (Luxembourg). En dollars américains ajustés en fonction des différences dans le pouvoir d'achat entre les pays, les dépenses publiques par personne s'échelonnaient entre 201 \$ au Mexique à 2 087 \$ en Suisse. Le Canada, à 1 655 \$, se classait au vingt-troisième rang.

Comme au Canada, les dépenses de santé du secteur public de la plupart des pays ont fluctué dans les dernières années. Certains laissent entendre qu'en raison des changements imprévisibles dans les dépenses d'une année à l'autre, les responsables de la prestation des services de santé ont de la difficulté à planifier de façon adéquate.²³

Gros plan sur le Canada

Au Canada, la facture des soins de santé varie d'un océan à l'autre. Dans les provinces, les dépenses totales de santé des secteurs public et privé, par habitant, s'échelonnaient entre environ 2 899 \$ au Québec et 3 630 \$ au Manitoba en 2001. Comme par les années passées, les dépenses par habitant étaient les plus élevées dans les territoires — plus de 4 000 \$.

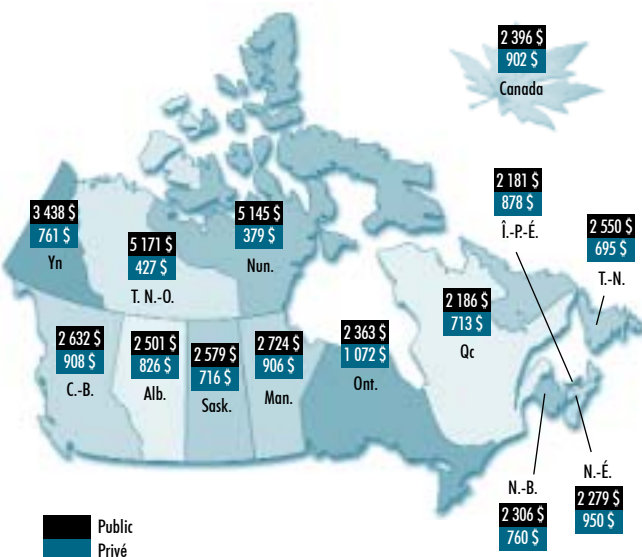
Comment expliquer de tels écarts? Plusieurs facteurs peuvent affecter les dépenses, dont la géographie, les besoins en matière de santé, l'organisation et la prestation des soins et la rémunération des professionnels de la santé, pour ne nommer que ceux-là. Ainsi, les territoires desservent une population relativement petite dispersée sur de grandes régions géographiques. Cela explique en partie leurs dépenses de santé plus élevées. En 1999 par exemple, 12 % de leurs fonds publics consacrés aux soins de santé sont allés aux services ambulatoires. Les provinces y ont affecté en moyenne moins de 2 %.

Les différences dans les caractéristiques démographiques peuvent aussi affecter les coûts des soins de santé. Les dépenses moyennes ne sont pas les mêmes pour les hommes et les femmes, les jeunes et les aînés. Pour mieux comprendre ces effets, l'ICIS « normalise » les dépenses de santé des

Combien dépensons-nous?

25

Du nord au sud, de l'est à l'ouest, les Canadiens de partout consacrent des sommes importantes par personne aux soins de santé. Dans l'ensemble, la moyenne des dépenses de santé du secteur public par personne s'élevait à 2 396 \$ en 2001 (prévisions). La moyenne des dépenses du secteur privé atteignait 902 \$ par Canadien.

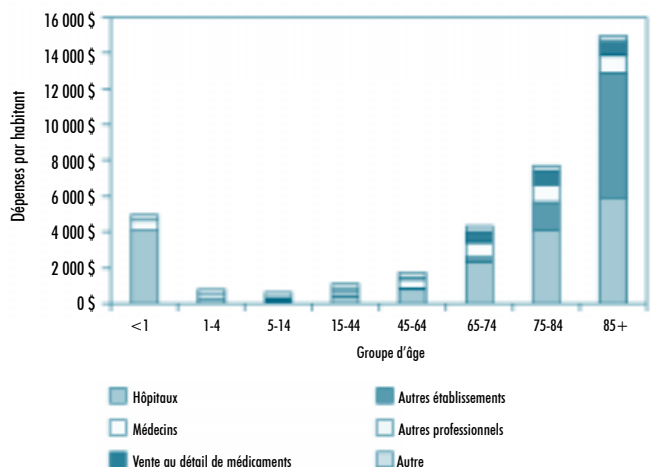


Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Où vont les dollars publics de la santé?

26

Les types de soins de santé dont nous avons besoin changent au cours de notre vie. Ce diagramme présente l'argent que consacrent les gouvernements provinciaux/territoriaux aux différents types de soins de santé par habitant selon le groupe d'âge en 1999.



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

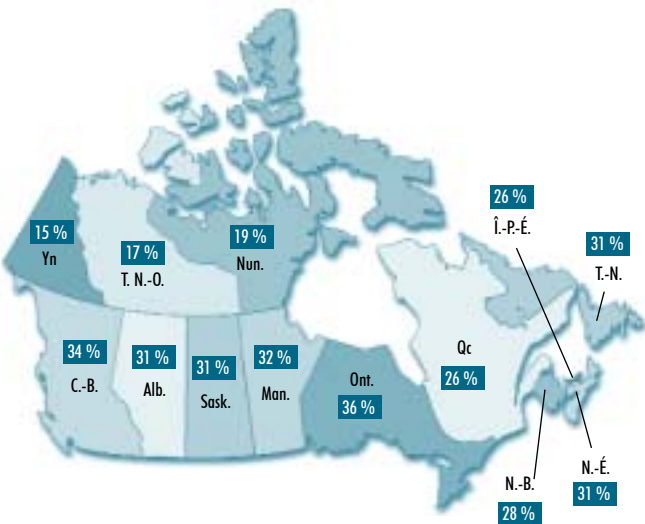
provinces et des territoires en fonction des différences dans l'âge et le sexe.²⁴ On estime ainsi ce que le gouvernement aurait dépensé si les habitants de la province avaient tous le même âge et étaient du même sexe que le pays dans son ensemble.

En 1999, les dépenses de santé des gouvernements provinciaux s'échelonnaient entre 1 747 \$ par personne à l'Île-du-Prince-Édouard et 2 194 \$ à Terre-Neuve. Il s'agit d'une différence de presque 26 %. L'écart était encore plus prononcé — presque 35 % — après avoir normalisé les prévisions en fonction

En tant que contribuables, nous contribuons aux dépenses publiques pour les soins de santé. De plus, nous payons pour des primes d'assurance-maladie et engageons des dépenses directes pour la santé. Ces deux catégories constituent le gros des dépenses privées de santé.

Part des dollars publics à la santé 27

La santé ne représente que l'un des nombreux programmes que les gouvernements provinciaux et territoriaux financent chaque année. Cependant, sa part du total augmente. En 2000, elle affichait presque le tiers (32 %) des dépenses totales, y compris les frais de la dette publique, par rapport à 27 % en 1975. Ce tableau présente les dépenses de santé en tant que pourcentage du total des dépenses des gouvernements provinciaux/territoriaux pour chaque administration en 2000.



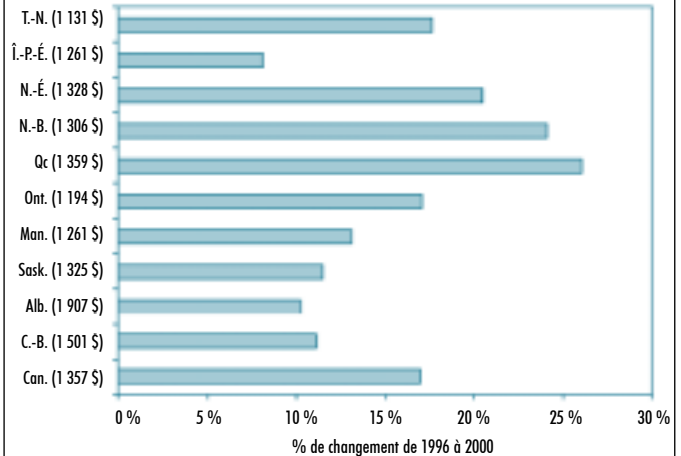
Remarque : Les dépenses directes de santé du gouvernement fédéral, qui ont tendance à être plus élevées par habitant dans les territoires, sont exclues. Les dépenses totales des gouvernements provinciaux et territoriaux incluent les dépenses engagées par les organismes souverains et non souverains des ministères, des départements et des agences des provinces et des territoires; les conseils, les commissions et les fonds autonomes; et les agences non commerciales sans but lucratif de santé, d'éducation et de services sociaux contrôlées par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

de l'âge et du sexe. Pourquoi? En moyenne, les Terre-Neuviens sont plus jeunes que le reste des Canadiens et les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard sont plus âgés. Tout comme dans le cas des dépenses non ajustées, les dépenses normalisées par habitant étaient plus élevées dans les territoires.

Comment les dépenses de santé des ménages changent? 28

En 2000, les ménages canadiens moyens ont consacré 1 357 \$ à la santé. Cette somme représente tout juste plus de 3 % des dépenses après impôt. De 1996 à 2000, les dépenses consacrées à la santé par les ménages moyens après impôt ont augmenté dans toutes les provinces. Ce diagramme permet de comparer les changements dans les dépenses de santé par les ménages moyens à l'échelle du pays au cours de cette période, qui ont été rajustées pour tenir compte des différences concernant l'âge, le sexe et la composition du ménage. Dans tous les cas, les différences de 1996 à 2000 sont importantes sur le plan statistique ($p < 0,05$). La valeur accompagnant chaque province présente les dépenses des ménages moyens consacrées à la santé en 2000.



Remarque : Chiffres fondés sur les ménages pour une année complète seulement. Les données sur les territoires ne sont pas disponibles. En raison des écarts entre les régimes provinciaux de soins médicaux, les dépenses des ménages moyens peuvent englober des primes provinciales d'assurance-santé dans certaines administrations.

Source : Enquête sur les dépenses des familles, Statistique Canada (1996). Enquête sur les dépenses des ménages, Statistique Canada (2000).

Selon l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada**, les ménages canadiens consacrent plus d'argent aux soins de santé que par le passé. Les dépenses moyennes par ménage en 2000 s'élevaient à 1 357 \$, une hausse par rapport à 1 009 \$ en 1996. La plus grosse part allait aux primes d'assurance-maladie, puis aux produits médicaux et pharmaceutiques et aux services dentaires.

** L'Enquête sur les dépenses des ménages recueille des données auto-déclarées sur les dépenses des ménages. Les dépenses moyennes par ménage sont plus élevées que les dépenses moyennes par personne tirées de la Base de données sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS.

Les habitudes de dépenses varient en fonction de l'âge, du sexe, des conditions de vie et d'autres facteurs. Par exemple, les aînés qui vivaient seuls en 1999 ont déclaré avoir dépensé en moyenne 744 \$ pour les soins de santé. Les aînées ont dit qu'elles ont dépensé davantage — 873 \$ en moyenne. À l'opposé, les hommes de 65 ans et moins ont indiqué avoir dépensé 594 \$ en 1999, comparativement à 840 \$ pour les femmes du même groupe d'âge.²⁵

Les dépenses de santé varient aussi en fonction du revenu des ménages. Pour voir dans quelle mesure, nous avons divisé les ménages en cinq groupes de taille égale (les « quintiles ») en fonction de leur revenu annuel. Le groupe dont le revenu est plus

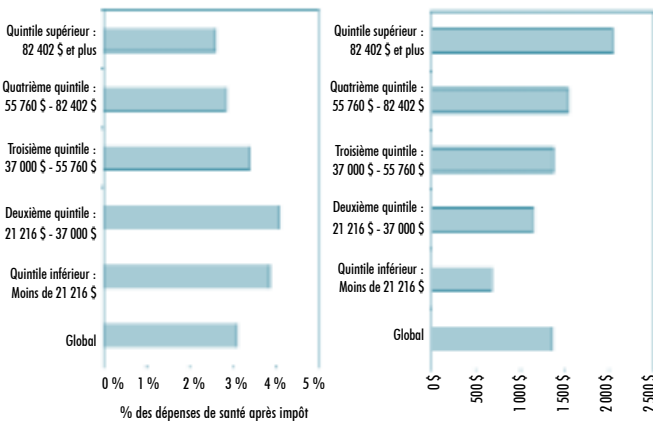
ménages, 3,1 % du revenu après impôt est allé aux soins de santé, une hausse par rapport à 2,3 % en 1978.²⁶

Diviser les dollars de la santé : où va l'argent

L'organisation et la prestation des soins de santé a changé dans les 25 dernières années, tout comme la façon dont nous dépensons les dollars de la santé. Il y a 20 ans, il fallait rester plus de 24 heures à l'hôpital après la plupart des chirurgies. Aujourd'hui, bon nombre d'entre elles (comme les chirurgies de la cataracte ou des hernies et le traitement des calculs rénaux) peuvent souvent être pratiquées

Le revenu fait toute la différence 29

Les ménages canadiens à revenu élevé et à faible revenu semblent respecter différentes tendances en matière de dépenses. Cela s'applique tant aux soins de santé qu'aux autres biens et services. En 2000, les ménages dont le revenu va de 21 216 \$ à 37 000 \$ (deuxième quintile) ont consacré le pourcentage le plus élevé, après impôt, aux soins de santé, et ce, après un rajustement des différences pour l'âge, le sexe et la composition du ménage. En dollars réels, toutefois, les ménages faisant partie du quintile supérieur ont dépensé le plus en soins de santé en 2000.



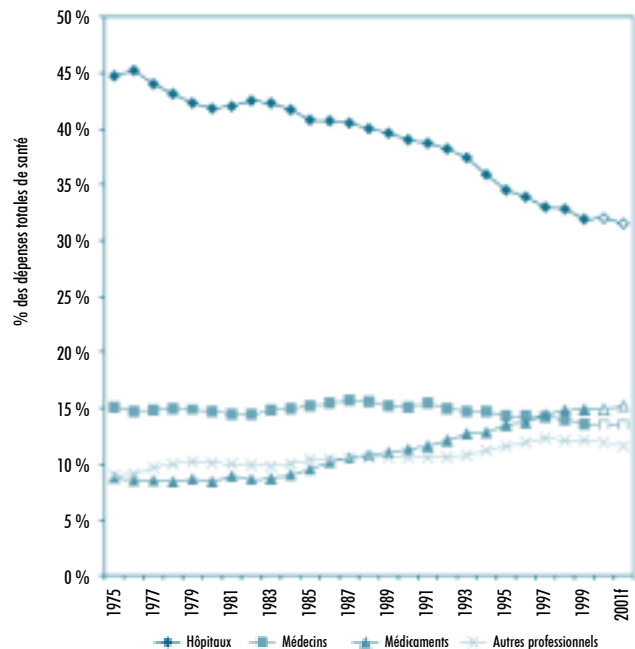
Remarque : Les données reposent sur les dépenses des ménages pour une année complète seulement. Les données provenant des territoires ne sont pas disponibles. En raison des différences concernant les régimes de santé entre les provinces, les dépenses moyennes des ménages peuvent inclure les primes d'assurance-santé des provinces.

Source : Enquête sur les dépenses des ménages, Statistique Canada.

élevé a dépensé trois fois plus d'argent pour les soins de santé que les ménages à faible revenu (somme ajustée en fonction de la taille des ménages). Mais le groupe à faible revenu a consacré une plus grande partie de son revenu après impôt aux soins de santé en 2000 (3,9 % contre 2,6 %). Dans tous les

Où vont nos dollars de la santé? 30

La façon dont nous dépensons l'argent pour la santé a changé radicalement au cours des 25 dernières années. Même si les hôpitaux représentent toujours la seule part plus importante des dépenses de santé, la portion a chuté au fil du temps. Dans le même ordre d'idées, les dépenses consacrées aux médicaments ont excédé pour la première fois celles des services médicaux en 1997. Elles n'ont pas cessé d'être plus élevées à partir de ce moment-là. Ce diagramme présente la répartition en pourcentage des quatre plus importantes catégories des dépenses de santé de 1975 à 2001. Ces catégories réunies comptaient pour tout juste moins de 72 % des dépenses totales de santé des secteurs public et privé en 2001.



Remarque : La catégorie « Autres professionnels » comprend les services des dentistes, denturologues, chiropraticiens, massothérapeutes, orthopédistes, ostéothérapeutes, physiothérapeutes, podiatres, psychologues, infirmières particulières et naturopathes en exercice privé. Les données pour 2000 et 2001 sont des estimations.

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

sans danger et à moins de frais dans les milieux ambulatoires. La répartition actuelle des dépenses de santé reflète ces caractéristiques changeantes des soins, et bien d'autres.

En 1975, presque la moitié des dépenses de santé au Canada (45 %) est allée aux hôpitaux. À plus de 32 milliards de dollars, ils constituaient encore la plus grosse catégorie de dépenses en 2001. Il s'agit de 1 000 \$ par Canadien — une hausse estimée de 4 % par rapport à 2000. Toutefois, la part des dépenses de santé consacrées aux hôpitaux a continué de chuter. Elle était de l'ordre de 32 % en 2001.

Il y a 25 ans, les services médicaux représentaient la deuxième catégorie en importance des dépenses de santé. Venaient ensuite les autres établissements de santé, les services des autres professionnels de la santé, puis les médicaments. Aujourd'hui, les ventes au détail de médicaments ont devancé les dépenses liées aux services médicaux. Elles constituent maintenant la deuxième catégorie en importance. Pour en savoir davantage, voir le chapitre 6, *Soigner la maladie : consommation et coûts des médicaments au Canada*.

En 2001, les services médicaux étaient la troisième catégorie en importance des dépenses de santé. Elles ont atteint un peu moins de 14 milliards de dollars, soit 446 \$ par personne, une hausse d'un peu plus de 6 % par rapport à l'année précédente. De ce

fait, les services médicaux représentent maintenant 14 % de tous les dollars consacrés à la santé au Canada.

Les soins à domicile financés par l'État sont un autre domaine qui a connu des changements importants dans les dernières années. Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux financent certains services de soins à domicile mais la couverture n'est pas la même. En 1998-1999, les gouvernements ont consacré un peu moins de trois milliards de dollars aux soins à domicile, une hausse considérable au cours des derniers 10 ans.³⁴

Pourquoi les coûts des soins à domicile grimpent-ils? Plusieurs facteurs en sont probablement responsables. En voici quelques-uns : la demande changeante pour les services de soins à domicile; la confiance accrue accordée aux soins à domicile comme solution de rechange aux hôpitaux de soins de courte durée et de soins prolongés; les changements dans la disponibilité des soins informels; la plus grande place faite aux soins autogérés; la combinaison changeante des services privés et publics des services de soins à domicile.³⁵

Comment les médecins sont payés

La plupart des médecins au Canada sont rémunérés à l'acte. Cela signifie que chaque fois qu'un patient se rend au cabinet d'un médecin, celui-ci facture le ministère de la Santé pour la visite et pour tous les services additionnels. Certains médecins reçoivent tous leurs revenus selon la rémunération à l'acte. D'autres sont payés de différentes façons.

La combinaison varie d'un endroit à l'autre au pays. En Alberta, presque tous les médecins (on estime qu'ils étaient 98 % en 1998-1999) sont rémunérés à l'acte seulement. Au Manitoba, ils étaient 40 %, le seuil le plus bas.²⁷

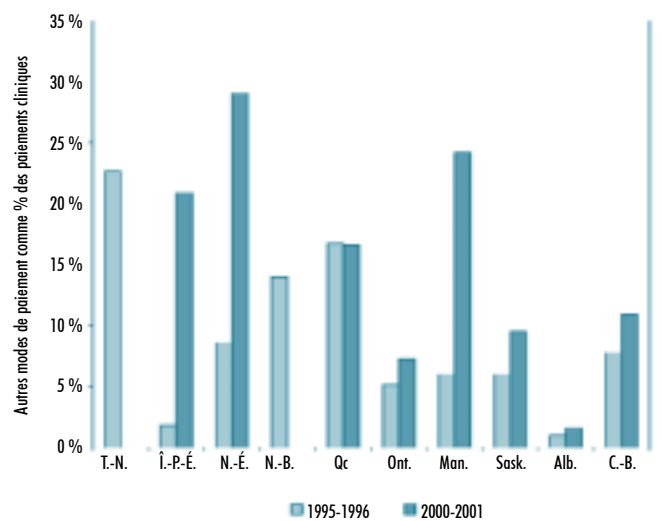
En 2000-2001, un médecin canadien sur quatre a reçu des paiements pour des soins cliniques au moyen d'autres modes de paiement. De nombreux rapports publiés récemment préconisent l'utilisation accrue de ces types de régimes dans le cadre de vastes stratégies de réforme des soins primaires.^{28,29}

De nouvelles recherches commencent à présenter des facteurs dont il faut tenir compte dans la conception d'autres modes de paiement.^{30,31,32} Par exemple, des chercheurs du Manitoba ont récemment étudié les modèles de financement par capitation en vertu duquel un médecin reçoit une somme déterminée pour chaque patient soigné. Ils ont observé les effets des divers groupes de patients sur les modèles de financement par capitation.³³

Les autres modes de paiement gagnent en popularité

31

On verse environ un milliard de dollars aux médecins tous les ans par d'autres modes de paiement (autre que la rémunération à l'acte). Cette somme représente environ 11 % du total des paiements pour des traitements cliniques versés aux médecins dans les 10 provinces en 2000-2001.



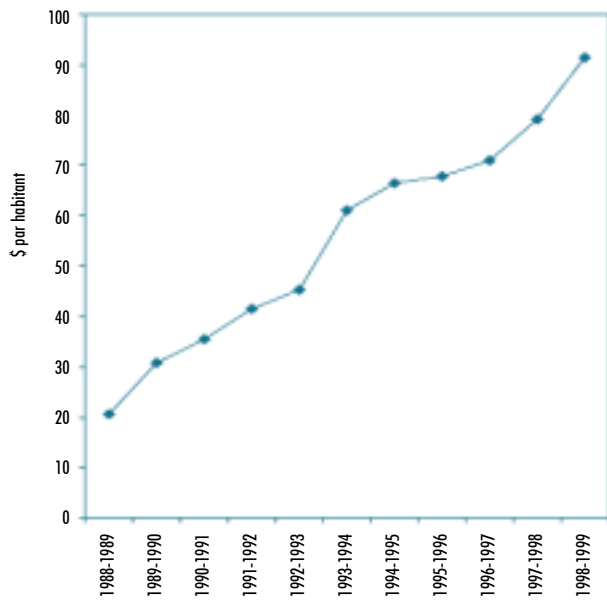
Remarque : Les données de 2000-2001 pour Terre-Neuve et le Nouveau-Brunswick n'étaient pas disponibles au moment de la publication du présent rapport. En Alberta, les données issues de 25 projets dans le cadre du programme d'autres modes de paiement qui ont fait l'objet de transfert aux autorités sanitaires régionales (le financement ne provient pas du budget des services médicaux de l'Alberta) n'étaient pas disponibles.

Source : Compilation de l'ICIS.

Progression des dépenses consacrées aux soins à domicile

32

Les dépenses consacrées aux soins offerts à domicile par les travailleurs de la santé ou dans le cadre de programmes de santé appuyés par les gouvernements sur la scène provinciale ou communautaire augmentent. Le total des dépenses provinciales pour les soins à domicile a augmenté de plus de 350 % de 1988-1989 à 1998-1999. Au début de cette période, les soins à domicile représentaient 1,6 % du total des dépenses provinciales de santé. En 1998-1999, le taux est passé à 4,7 % du total. Ce diagramme présente les changements dans les dépenses par personne des gouvernements provinciaux sur les soins à domicile au fil du temps. Les données n'ont pas été rajustées pour l'inflation.



Source : Home Care Feasibility Study, Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

L'information : une autre ressource pour la santé

Les ressources humaines et financières sont des apports clés à un système de santé efficace. Mais ce ne sont pas les seuls facteurs qui comptent. Cette année, nous jetons un regard spécial sur l'information, une ressource de plus en plus importante pour la santé et les soins de santé.

Notre connaissance de la santé et des soins de santé s'étend rapidement. Chaque année, environ 400 000 nouvelles références sont ajoutées à MEDLINE, une base de données de journaux biomédicaux administrée par la *US National Library of Medicine*. Dans ce contexte, se tenir au courant des meilleures pratiques et des nouvelles technologies dans les soins de santé n'est pas une mince tâche.

Une des façons de le faire est de mieux utiliser les technologies de l'information et des communications. Au Canada, comme dans d'autres parties du monde, les particuliers et les organismes de santé le font de plus en plus. Ainsi, les provinces et les territoires investissent dans les systèmes d'information pour appuyer les programmes de soins de santé. Toutefois, le rythme de la mise en œuvre varie d'un endroit à l'autre au pays.³⁷

Les organismes de santé et les dispensateurs de soins mettent aussi au point des nouvelles technologies et les utilisent, comme les dossiers de santé électroniques (DSÉ). Les DSÉ rassemblent — en vertu de protocoles rigoureux de sécurité et de confidentialité — l'information au sujet des divers contacts d'un patient avec le réseau de la santé. En intégrant l'information sur les antécédents médicaux d'un patient, les séjours à l'hôpital, les essais en laboratoire, les ordonnances de médicaments, et bien davantage, les DSÉ visent à réduire le chevauchement et à améliorer la qualité, l'accessibilité, la transférabilité et l'efficacité des soins.^{37,38}

L'établissement de dossiers de santé électroniques est un exercice complexe. Il faut disposer de mesures appropriées de protection de la confidentialité, de normes pour l'échange des données, de systèmes d'information et d'autres composantes fondamentales. Un certain nombre de groupes s'y attaquent. Par

Qui a recours aux soins à domicile au Manitoba?

Des chercheurs du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba se sont penchés récemment sur la prestation des soins à domicile dans la province.³⁶ Ils ont constaté que les programmes de soins à domicile desservent un peu moins de 3 % de la population en 1998-1999. Les groupes suivants étaient les plus susceptibles d'avoir eu recours aux soins à domicile financés par l'État :

- Les Manitobains plus âgés.
- Les célibataires de tous les groupes d'âge.
- Les personnes qui ont plus tard emménagé dans un foyer de soins infirmiers (en 1998-1999, 93 % ont reçu des services de soins à domicile avant d'être admis).
- Les habitants des quartiers urbains plus défavorisés qui avaient quitté l'hôpital ou qui avaient subi une chirurgie en milieu ambulatoire (par rapport aux habitants des quartiers à revenu moyen et élevé).

exemple, plusieurs secteurs de compétence ont adopté des lois visant à protéger la confidentialité de l'information sur la santé. Déjà, plusieurs initiatives sur les DSÉ vont de l'avant au Canada et ailleurs. Ainsi, un peu plus de 12 % des médecins de famille du Canada ont déclaré avoir recours aux DSÉ lors d'un sondage réalisé en 1999 par le Collège des médecins de famille du Canada.³⁹ Ils étaient plus du quart à penser qu'ils utiliseraient les DSÉ dans les cinq prochaines années.

a plus que doublé, passant de 10 % à 23 %. Et plus de la moitié (57 %) des ménages qui utilisaient l'Internet régulièrement ont rapporté le faire pour avoir de l'information sur la santé.

Dans un autre sondage, la plupart des Internautes ont dit consulter le Web pour obtenir de l'information sur des maladies précises.⁴³ D'autres le faisaient pour différentes raisons, comme poser leur propre diagnostic, confirmer ou contredire le diagnostic d'un médecin, vérifier les résultats d'études médicales, identifier des essais cliniques pour des percées dans les traitements, en apprendre davantage sur des médicaments d'ordonnance ou clavarder avec d'autres personnes atteintes de problèmes de santé semblables.

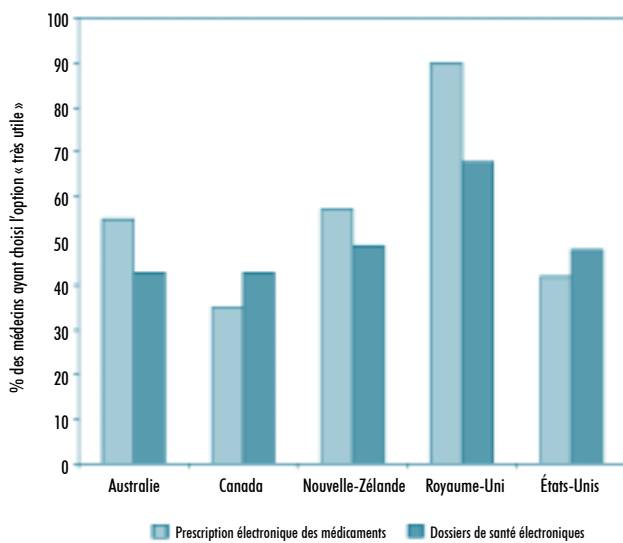
Même si un grand nombre de Canadiens se servent de l'Internet comme source d'information sur la santé, un sondage réalisé en 2001 a révélé que sept personnes sur 10 préféraient parler à leur médecin au sujet de leur santé. Et 43 % des personnes interrogées aimaient mieux consulter leur pharmacien au sujet de leurs médicaments.⁴⁴ Pourtant, selon un sondage récent auprès des patients du University Health Network de Toronto, moins de la moitié (48 %) de ceux qui récupéraient de l'information sur la santé dans l'Internet la présentaient à un professionnel de la santé. Les patients plus jeunes et ceux dont le niveau d'instruction est plus élevé étaient plus au fait de l'Internet. L'âge et l'éducation avaient aussi un impact sur le recours à l'Internet en général, sur l'obtention de l'information sur la santé et sur la tendance à partager l'information avec des dispensateurs de soins.⁴⁵

Les patients ne sont pas les seuls à se servir de l'Internet pour accéder à l'information sur la santé. En 2001, l'Association médicale canadienne a indiqué que presque 80 % des médecins utilisaient l'Internet à la maison ou au bureau. Plus de 30 % des médecins interrogés ont dit recommander des sites Web médicaux à leurs patients occasionnellement.⁴⁶

Ce que pensent les médecins

33

Dans le cadre d'une enquête internationale auprès des médecins menée en 2000, environ quatre médecins canadiens sur 10 ont estimé que la présentation de dossiers de santé électroniques serait « très utile » pour améliorer la qualité des soins. Parmi les cinq pays à l'étude, les médecins du Royaume-Uni avaient tendance à être les plus positifs quant aux avantages rattachés à la qualité des dossiers de santé électroniques des patients et de la prescription électronique des médicaments.



Source : 2000 International Health Policy Survey of Physicians, Fonds du Commonwealth.

Sur le plan individuel, les Canadiens accèdent de plus en plus à des sources électroniques d'information, même si la qualité de l'information sur le Web n'est pas uniforme.^{40,41} L'Enquête sur l'utilisation d'Internet à la maison de Statistique Canada⁴² a révélé une augmentation régulière du recours à l'Internet pour obtenir de l'information sur la santé. Entre 1998 et 2000, la proportion de Canadiens qui ont déclaré consulter le Web à cette fin

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Le nombre de dispensateurs de soins réglementés et de nouveaux diplômés de la santé au Canada et son évolution au fil des ans.
- Comment les dépenses de santé évoluent avec le temps.
- Comment les dépenses au Canada se comparent à celles d'autres pays.
- Combien les ménages canadiens dépensent en moyenne chaque année pour les soins de santé.
- La proportion de ménages canadiens qui se servent de l'Internet pour accéder à l'information sur la santé.

Ce que nous ignorons

- Compte tenu des caractéristiques démographiques, de la main-d'œuvre, de la santé, des soins de santé et d'autres tendances, comment la combinaison actuelle des dispensateurs de soins correspond aux besoins actuels et à venir de la population en matière de santé?
- Comment les divers agencements de financement public et privé et de prestation des services, surtout dans les secteurs en pleine croissance comme les médicaments et les soins à domicile, influencent les coûts, l'accès, la qualité, les résultats pour les patients et leur satisfaction?
- Quelles seront les conséquences des changements dans les modèles de réglementation et les cadres des fonctions professionnelles sur le nombre et la répartition des professionnels de la santé, sur notre capacité à répondre aux besoins à venir en matière de soins de santé, sur la façon dont les professionnels organisent et dispensent les services et sur la qualité des soins?
- Combien d'argent est dépensé chaque année pour les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie?
- Quels sont les effets sur la santé et les soins de santé de l'accès de plus en plus répandu à une vaste quantité d'information non réglementée sur la santé au moyen de l'Internet?

Ce qui se passe

- Un certain nombre d'études sont en cours à l'échelle nationale, provinciale et territoriale, locale pour mieux comprendre les questions liées aux ressources humaines de la santé.
- En janvier 2002, les premiers ministres des provinces et des territoires se sont engagés à collaborer avec l'ICIS pour établir une base de données pancanadienne sur les besoins en ressources humaines, les exigences de la formation et le cadre des fonctions afin d'assurer un nombre suffisant de professionnels de la santé.
- L'ICIS réalise une étude de faisabilité pour distinguer les dépenses liées aux programmes de santé publique (prévention et promotion) de celles liées à l'administration.
- Grâce aux améliorations à venir au Guide sur les systèmes d'information de gestion, les hôpitaux et les organismes de services de santé communautaire pourront bientôt mieux saisir les données relatives aux sommes d'argent consacrées à la technologie de l'information.
- Des projets importants sont en cours dans la plupart des régions du pays pour accroître l'utilisation des technologies de l'information et des communications, dans l'espoir d'améliorer la santé et les soins de santé. Ces initiatives seront sûrement façonnées en fonction des lois et des lignes directrices sur la protection des renseignements personnels sur la santé.
- Le gouvernement du Canada a consacré 500 millions de dollars à l'Infostructure canadienne de la santé (ICS). Ces fonds serviront à établir et à accélérer le développement et l'adoption de systèmes modernes d'information sur la santé et la mise en place d'un dossier de santé électronique pancanadien. À l'heure actuelle, on met sur pied une initiative entourant un registre national de dossiers de santé électroniques.⁴⁷

Pour en savoir davantage

- ¹ Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Les dispensateurs de soins au Canada*. Ottawa : ICIS.
- ² Institut canadien d'information sur la santé et la pratique infirmière en régions éloignées et rurales du Canada. (2002). *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés dans les régions rurales et petites villes du Canada, 2000*. Ottawa : ICIS.
- ³ Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Les médecins en exercice au Canada, de 1989-1990 à 1998-1999. Main-d'oeuvre et charge de travail selon les profils de facturation pour les services médicaux*. Ottawa : ICIS.
- ⁴ Statistique Canada et Culture, Tourisme et Centre de la statistique de l'éducation (2000). *L'éducation au Canada, 2000*. Ottawa : Statistique Canada. N° 81-229-XPB au catalogue.
- ⁵ Government of British Columbia. (2002). B.C. doubles number of medical students. *Information Bulletin*. <http://os8150.pb.gov.bc.ca/4dcgi/nritem?5027>
- ⁶ Gouvernement de l'Ontario. (le 17 mai 2001). Le gouvernement Harris annonce la création d'une école de médecine dans le Nord et l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine. www.newswire.ca/government/ontario/french/releases/May2001/17/c5709.html
- ⁷ Council of Ontario Universities. (2002, January 26). *What's New in Health Sciences*. www.cou.on.ca/Health/Home/whatsnew.htm
- ⁸ Gouvernement de l'Ontario. (le 13 février 2002). Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée annonce l'affectation de 800 000 \$ pour attirer des étudiants en médecine en Ontario. www.newswire.ca/government/ontario/french/releases/February2002/13/c1473.html
- ⁹ Le Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (le 18 juin 2001). La province et l'université de l'Île-du-Prince-Édouard font l'annonce de nouvelles inscriptions à l'école de sciences infirmières de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard. *Communiqués*. www.gov.pe.ca/news/getrelease.php3?number=2140&headerLanguage=F
- ¹⁰ Government of Newfoundland and Labrador. (2002, March 21). *Government to increase enrolment in nursing program*. Newfoundland: Government of Newfoundland and Labrador <http://www.gov.nf.ca/releases/2002/health/0321n30.htm>
- ¹¹ Statistique Canada. (le 27 août 2001). Frais de scolarité à l'université. *Le Quotidien*. Ottawa : Statistique Canada. <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/010827/q010827b.htm>
- ¹² Statistique Canada. (2002). *Frais de scolarité et de subsistance des étudiants à plein temps dans les universités et collèges du Canada qui confèrent des grades. (demande spéciale de données)*. Ottawa : Culture, Tourisme et Centre de la statistique de l'éducation, Statistique Canada
- ¹³ Statistique Canada. (2002). *Enquête nationale auprès des diplômés – (demande spéciale de données)*. Ottawa : Culture, Tourisme et Centre de la statistique de l'éducation, Statistique Canada.
- ¹⁴ Kwong JC, Dhalla IA, Streiner DL, Baddour RE, Waddell AE, Johnson IL. (2002). Effects of rising tuition fees on medical school class composition and financial outlook. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166(8), 1023-1028.
- ¹⁵ Développement des ressources humaines Canada (2000). *Enquête auprès des jeunes en transition-Aperçu du projet*. Ottawa : Direction générale de la recherche appliquée. <http://www.hrhc-drhc.gc.ca/arb/publications/research/2000docs/t-00-5f.pdf>
- ¹⁶ Développement des ressources humaines Canada (1993). *Qui sont les sortants? Dans Après l'école : Résultats d'une enquête nationale comparant les sortants de l'école aux diplômés d'études secondaires âgés de 18 à 20 ans*. Ottawa : Direction générale de la recherche appliquée. N° MP43304/1993E au catalogue http://www.hrhc-drhc.gc.ca/arb/publications/books/class90/leaving/tdm_f.shtml
- ¹⁷ Ryan BA et Adams GR. (1998). Relations familiales et succès scolaire des enfants : données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Ottawa : Direction générale de la recherche appliquée, DRHC. N° W-98-13E au catalogue <http://www.hrhc-drhc.gc.ca/arb/publications/research/abw-98-13f.shtml>
- ¹⁸ Way WL, Rossmann MM. (1996). *Lessons from Life's First Teacher: The Role of the Family in Adolescent and Adult Readiness for School-to-Work Transition*, National Center for Research in Vocational Education, University of California, Berkeley. <http://ncrve.berkeley.edu/abstracts/MDS-725/>
- ¹⁹ Dhalla IA, Kwong JC, Streiner DL, Baddour RE, Waddell AE, Johnson IL. (2002). Characteristics of first-year students in Canadian medical schools. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166(8), 1029-1035.
- ²⁰ Armstrong R, Bruneel FWH, Angus DE, and Levac G. (2001). Le rôle changeant des dirigeants du réseau canadien de la santé : résultat d'un sondage national. *Gestions des soins de santé, le supplément*.
- ²¹ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001). *Planification de la main d'oeuvre — Personnel cadre et hors-cadre du réseau de la santé et des services sociaux. Rapport du conseil d'administration du Centre de référence des directeurs généraux et des cadres*. Québec : MSSS

- ²² Organisation de coopération et de développement économiques (2001) *Eco-Santé OCDE 2001 : Analyse comparative de 29 pays*. [CD Rom]. Paris : OCDE et CREDES.
- ²³ Romanow RJ (2002). *Préparer l'avenir des soins de santé*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. <http://dsp-psd.communication.gc.ca>
- ²⁴ Institut canadien d'information sur la santé (2001). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*. Ottawa : ICIS.
- ²⁵ Statistique Canada. (2001). Les habitudes de dépenses au Canada, 1999. Ottawa : Statistique Canada. N° 62-202-XPf au catalogue.
- ²⁶ Chaplin R, Earl L. (2000). Dépenses des ménages en soins de santé. *Rapports sur la santé*, 12(1), 57-63, N° 82-003-XIF au catalogue
- ²⁷ Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Rapport sur les catégories du Système de groupement national, Canada, 1996-1997 à 1998-1999*. Ottawa : ICIS
- ²⁸ Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. (2002). *Health Renewal, Report from the Premier's Health Quality Council*. Fredericton : Nouveau-Brunswick.
- ²⁹ Alberta Health and Wellness. (2001). *A Framework for Reform. Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Edmonton : Alberta Health and Wellness.
- ³⁰ Hutchison B, Hurley J, Birch S, Lomas J, Walter S, Eyles J, Stratford-Devai F. (2000). Needs-based primary medical care capitation: Development and evaluation of alternative approaches. *Health Care Management Science*, 3,89-99.
- ³¹ Hutchison B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, Pizzoferrato G. (1999). *Capitation Formulae for Integrated Health Systems: A Policy Synthesis*. Hamilton: Centre for Health Economics and Policy Analysis.
- ³² Godwin M, Shortt S, McIntosh L, Bolton C. (1999). Physicians' perceptions of the effect on clinical services of an alternative funding plan at an academic health sciences centre. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 160, 1710-1714. www.cma.ca/cmaj/vol-160/issue-12/1710.htm
- ³³ Menec V, Black C, Roos N, Bogdanovic B, Reid R. (2000). Defining Practice Populations for Primary Care. Manitoba : Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba.
- ³⁴ Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Home Care Estimates in National Health Expenditures—Feasibility Study*. Ottawa : ICIS.
- ³⁵ Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile. (2001). *Points saillants de la phase 1, Tracer la voie : quel devenir pour l'effectif du secteur des soins à domicile?* Ottawa : Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile. www.homecarestudy.ca/fr/
- ³⁶ Roos N, Stranc L, Peterson S, Mitchell L, Bogdanovic B, Shapiro E. (2001). *A Look at Home Care in Manitoba*. Winnipeg : Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba.
- ³⁷ Bureau de la Santé et l'Inforoute. (2001). *Vers les dossiers de santé électroniques*. Ottawa : Santé Canada.
- ³⁸ Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé. (1999). *Inforoute Santé du Canada : Voies vers une meilleure santé*. Ottawa : Santé Canada.
- ³⁹ Kazimirski M, Renaud C, Sawaya L, Zitner D, Korman R. (2000). *Computer Literacy and Electronic Medical Records*. Toronto : Collège des médecins de famille du Canada. www.cfpc.ca/programs/online/_pdf/imssurvey.pdf
- ⁴⁰ Jadad AR, Haynes B, Hunt D, Browman GP. (2000). The Internet and evidence-based decision-making: a needed synergy for efficient knowledge management in health care. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162(3), 362-5.
- ⁴¹ Jadad AR, Gagilardi A. (1998). Rating health information on the Internet. Navigating to knowledge or to Babel? *Journal of the American Medical Association*, 279, 611-614.
- ⁴² Statistique Canada. *Enquête sur l'utilisation d'Internet à la maison*. (2000). Ottawa : Statistique Canada.
- ⁴³ Stuart N. (2001). Healthcare: The new economy's last frontier? *FORUM Gestion des soins de santé*, 14 (3), 49-52.
- ⁴⁴ Berger E. (2001). *Population Health Monitor*. Toronto: The Hay Group.
- ⁴⁵ Dumitru C, Enkin M, Gauld M, Siqouin C, Catton P, Jones J, Jadad AR. (2002). The impact of disease, ethnicity and education on the use of the Internet by patients in Toronto (manuscrit non publié).
- ⁴⁶ Association médicale canadienne. (2001). Résultats du questionnaire sur l'effectif médical. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(5) <http://www.cma.ca/cmaj/vol-165/issue-5/prq/index.asp>
- ⁴⁷ Inforoute Santé du Canada (Le 31 janvier 2002). *Inforoute Santé du Canada mise sur l'expérience*. Communiqué de l'Inforoute Santé du Canada. www.canadahealthinfoway.ca

Partie B : Rapports approfondis



4. Le résultat des soins

« En premier lieu, ne pas nuire » est un principe fondamental de la déontologie médicale transmis depuis l'Antiquité. Mais comment savoir le mal ou le bien que nous faisons? Plus d'un siècle s'est écoulé depuis que Florence Nightingale a eu recours pour la première fois aux taux de mortalité pour illustrer de façon frappante comment les réformes sanitaires ont énormément réduit le nombre de décès dans la guerre de Crimée. De ce côté-ci de l'Atlantique, Ernest Codman, un médecin, a lancé un défi aux hôpitaux en 1910 de suivre les patients pour déterminer si les traitements qu'ils recevaient étaient efficaces.¹

La mesure des résultats — et l'application des résultats en vue d'améliorer les soins — est un exercice délicat. Le présent chapitre met en évidence les nouvelles constatations associées à un certain nombre de problèmes de santé — crise cardiaque, ACV, asthme, transplantation et cancer. Vous trouverez des renseignements additionnels et d'autres résultats cliniques importants dans l'encart *Indicateurs de santé 2002*, ainsi que sur notre site Web (www.icis.ca).

L'information présentée ici constitue un bon point de départ — et des progrès substantiels par rapport aux données comparables sur les résultats dont nous disposions l'an dernier. Les mesures, comme les taux de survie à la suite d'un diagnostic de cancer ou les taux de réadmission à l'hôpital, sont une première étape utile, mais elles sont encore incomplètes. Elles peuvent nous dire par exemple ce qui s'est produit, mais pas pourquoi. Il nous faut des données plus complètes non seulement pour bien comprendre la qualité des soins, mais aussi pour trouver des solutions aux problèmes. Dans différentes parties du pays et à l'échelle nationale, un certain nombre d'initiatives ciblées sont en cours ou au programme afin de relever ce défi. Nous serons heureux de poursuivre le travail avec nos partenaires pour faire avancer ces projets.



Survivre à une crise cardiaque ou à un ACV

Les maladies cardiaques et les ACV sont des causes importantes de la maladie, de l'incapacité et des décès au Canada. Des données de l'ICIS révèlent qu'ensemble, ils étaient responsables de 20,4 % de l'hospitalisation des hommes et de 11,4 % de celle des femmes en 1999-2000.

Les soins que ces patients reçoivent à l'hôpital peuvent influencer leurs chances de survie et leur qualité de vie après leur départ de l'hôpital.² De nombreux autres facteurs peuvent aussi entrer en jeu et ils ne sont pas tous bien compris. Par exemple, des chercheurs en Ontario ont conclu que même après qu'ils aient eu tenu compte des différences dans l'âge, le sexe et la disponibilité des services de santé, les gens vivant dans des quartiers plus défavorisés étaient moins susceptibles que les résidents de quartiers plus riches de recevoir des traitements spécialisés pour un IAM. Ils couraient aussi plus de risques de mourir.³

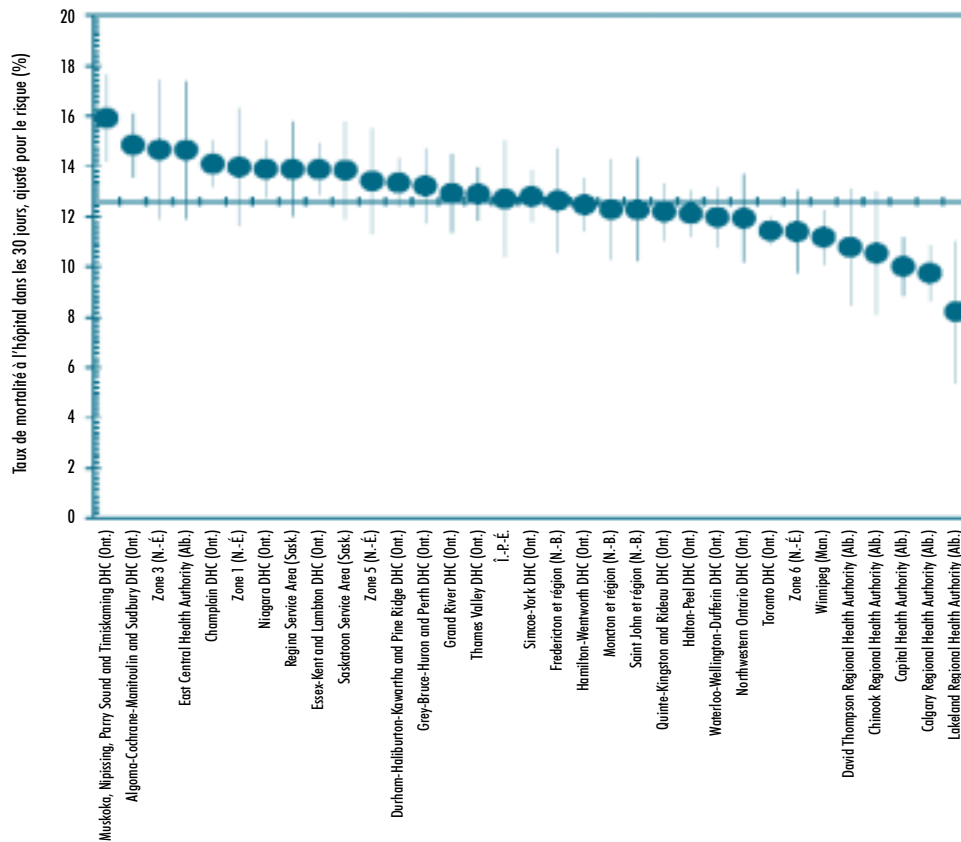
L’an dernier, l’ICIS a rapporté que 12,65 % des patients sont décédés à l’hôpital dans les 30 jours suivant une première hospitalisation pour une crise cardiaque (ou un infarctus aigu du myocarde — IAM) en 1998-1999.⁴ Nous avons aussi calculé les taux pour plusieurs des grandes régions sanitaires du Canada. Nos recherches ont révélé que les taux de décès à l’hôpital variaient de région en région, quoique très peu de taux régionaux s’écartaient de la moyenne générale. Pour que les taux soient les plus comparables possible, nous les avons ajustés en fonction des différences régionales dans l’âge, le sexe et les conditions comorbides (maladies présentes au moment de la crise cardiaque). Les méthodes que nous avons

utilisées ont été mises à l’épreuve en Ontario et ailleurs.⁵

Des recherches réalisées par Statistique Canada révèlent aussi des différences régionales dans les taux de mortalité sur un an chez les patients hospitalisés en 1995-1996 en raison d’une crise cardiaque dans quatre provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan et Nouvelle-Écosse). On a observé des écarts même après avoir ajusté les taux selon l’âge, la comorbidité et l’intervention de revascularisation (c.-à-d. angioplastie ou pontage aortocoronarien). Par contre, les différences régionales étaient moins prononcées chez les femmes que chez les hommes.⁶

Écarts régionaux dans les taux de mortalité suite à une crise cardiaque 34

À l’échelle du pays, 12,6 % des patients sont décédés à l’hôpital suite à une crise cardiaque dans les 30 jours suivant leur première hospitalisation de 1997-1998 à 1999-2000. La plupart des régions ont obtenu des taux comparables à cette moyenne globale, mais certaines ont enregistré des taux nettement supérieurs ou inférieurs à cette moyenne globale même après un rajustement selon l’âge, le sexe et la comorbidité. Les données disponibles portant sur cette période de trois ans pour les régions comptant une population de 100 000 habitants ou plus sont présentées ci-dessous. On estime que les taux (indiqués par des cercles) sont exacts dans les limites illustrées par les barres verticales, soit 19 fois sur 20 (intervalle de confiance de 95 %). Le trait continu représente la moyenne globale de 12,6 %.



Remarque : Les données de la Colombie-Britannique, de Terre-Neuve et du Québec ne sont pas disponibles en raison des écarts de collecte des données sur les hôpitaux. Pour certains hôpitaux de Terre-Neuve, les données présentées dans le rapport de l’an dernier ont été jugées non comparables et on doit les ignorer.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Du nouveau en 2002

Cette année, nous avons fait des progrès sur deux fronts : le calcul des taux de mortalité suite à un IAM sur trois ans (et non sur un an seulement) et, pour la première fois, le calcul des estimations des taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un ACV, pour toutes les régions au pays.

Dans l'ensemble, 12,6 % des patients sont décédés à l'hôpital dans les 30 jours de leur hospitalisation pour un IAM entre 1997-1998



et 1999-2000.* Les taux de mortalité dans la plupart des régions s'approchaient de cette moyenne, mais ils étaient plus élevés ou moins élevés dans certaines régions. Tout comme l'an dernier, plusieurs régions en Alberta ont enregistré des taux plus faibles ajustés pour le risque. La Capital Health Authority (Edmonton), Calgary et Lakeland ont affiché des taux de 10 % ou moins. Les taux dans cinq régions en Ontario étaient supérieurs à la moyenne générale.

À propos de nos résultats

Cette étude fait appel à la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS. Pour que les taux de mortalité soient les plus comparables possible, nous avons utilisé ces données pour développer des taux de mortalité régionaux ajustés pour le risque sur une période de trois ans. Les taux et les intervalles de confiance pour les régions comptant 100 000 habitants ou plus sont présentés dans l'encart *Indicateurs de santé 2002*. Des descriptions détaillées de nos méthodes et des notes techniques sont affichées sur le site Web de l'ICIS (www.icis.ca).

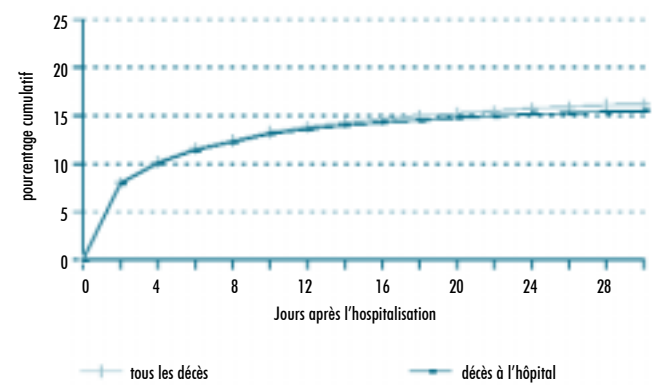
Comprendre les résultats

- Notre analyse est faite en fonction du lieu de résidence des patients, non de l'endroit où ils sont soignés. Les taux reflètent donc la mortalité chez les patients victimes d'un IAM ou d'un ACV qui habitent dans une région (qui peuvent aussi recevoir des soins ailleurs) plutôt que le résultat des soins dispensés dans les hôpitaux de la région (qui peuvent aussi soigner des patients d'autres régions).
- Nous n'avons tenu compte que des patients victimes d'un nouvel IAM ou ACV, excluant ceux qui avaient déjà été hospitalisés au cours de l'année précédente en raison de ce problème de santé. Nous avons inclus dans l'analyse les accidents ischémiques cérébraux (interruption du débit sanguin cérébral) et les attaques d'apoplexie hémorragique (rupture des vaisseaux sanguins dans le cerveau), de même que les accidents déclarés comme « mal définis ». Cette décision, ainsi que d'autres éléments de l'indicateur d'ACV, a été revu par des experts du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.
- Nous avons compté les décès qui sont survenus dans les 30 jours dans tous les hôpitaux, pas seulement dans le premier hôpital où un patient a été soigné. Nous n'avons pas pu inclure les patients qui sont morts avant d'arriver à l'hôpital.
- Nous avons utilisé des méthodes éprouvées pour ajuster les chiffres en fonction des différences régionales dans l'âge, le sexe et la comorbidité. Malgré tout, nous ne pouvions utiliser que les données dont nous disposions. Par conséquent, les écarts entre les régions peuvent être le reflet non seulement de la qualité des soins dans un hôpital, mais aussi des variations dans les facteurs de risque, les soins avant l'admission et après le congé ou les pratiques de documentation propres aux hôpitaux dont nous n'avons pu tenir compte.
- Cette étude compare les taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours, une mesure des résultats que l'on retrouve souvent dans les études de recherche sur les IAM et les ACV. Pour ces patients, il existe une relation solide, mais non parfaite, entre les décès à l'hôpital et hors de l'hôpital pendant cette période. Par exemple, Statistique Canada a constaté qu'environ 95 % de tous les décès dans les 30 jours de l'hospitalisation initiale pour un IAM en 1995-1996 sont survenus à l'hôpital dans trois provinces. La majorité des décès sur un an après un IAM sont survenus dans les 30 premiers jours.
- Nous rapportons des intervalles de confiance de 95 % pour tous les taux de mortalité. Ces intervalles ont tendance à être plus grands (c.-à-d. que l'estimation est moins précise) pour les régions qui traitent moins de patients. Par exemple, on estime que le taux d'IAM pour Toronto est exact dans les limites de $\pm 0,52$ points de pourcentage, 19 fois sur 20. À l'opposé, Lakeland en Alberta (qui ne compte qu'une fraction des cas de Toronto) se situe dans les limites de $\pm 2,83$ points de pourcentage. Par conséquent, les taux présentés ici sont fondés sur des données rassemblées sur trois ans (de 1997-1998 à 1999-2000).

Décès à l'hôpital et hors de l'hôpital pour un IAM

35

Taux cumulatif de mortalité jusqu'à 30 jours après une première hospitalisation pour un IAM, dans trois provinces, 1995-1996.



Source : Person-Oriented Information Project, Statistique Canada.

* En raison de différences dans la collecte des données sur les hôpitaux, les taux de la Colombie-Britannique, du Québec et de Terre-Neuve ne sont pas disponibles.

Les observations sur les ACV sont semblables à celles sur les IAM. Dans l'ensemble, 19,2 % des patients victimes d'un ACV sont décédés à l'hôpital dans les 30 jours de l'admission initiale entre 1997-1998 et 1999-2000.[†] Dans la plupart des cas, les taux pour les grandes régions (100 000 habitants ou plus) étaient similaires à cette moyenne globale. Mais 12 régions sur 36

affichaient des taux qui s'en écartaient de beaucoup sur le plan statistique : six étaient plus élevés et six, moins élevés. Dans toutes les régions, les taux de mortalité s'échelonnaient entre 15 % et 35 %.

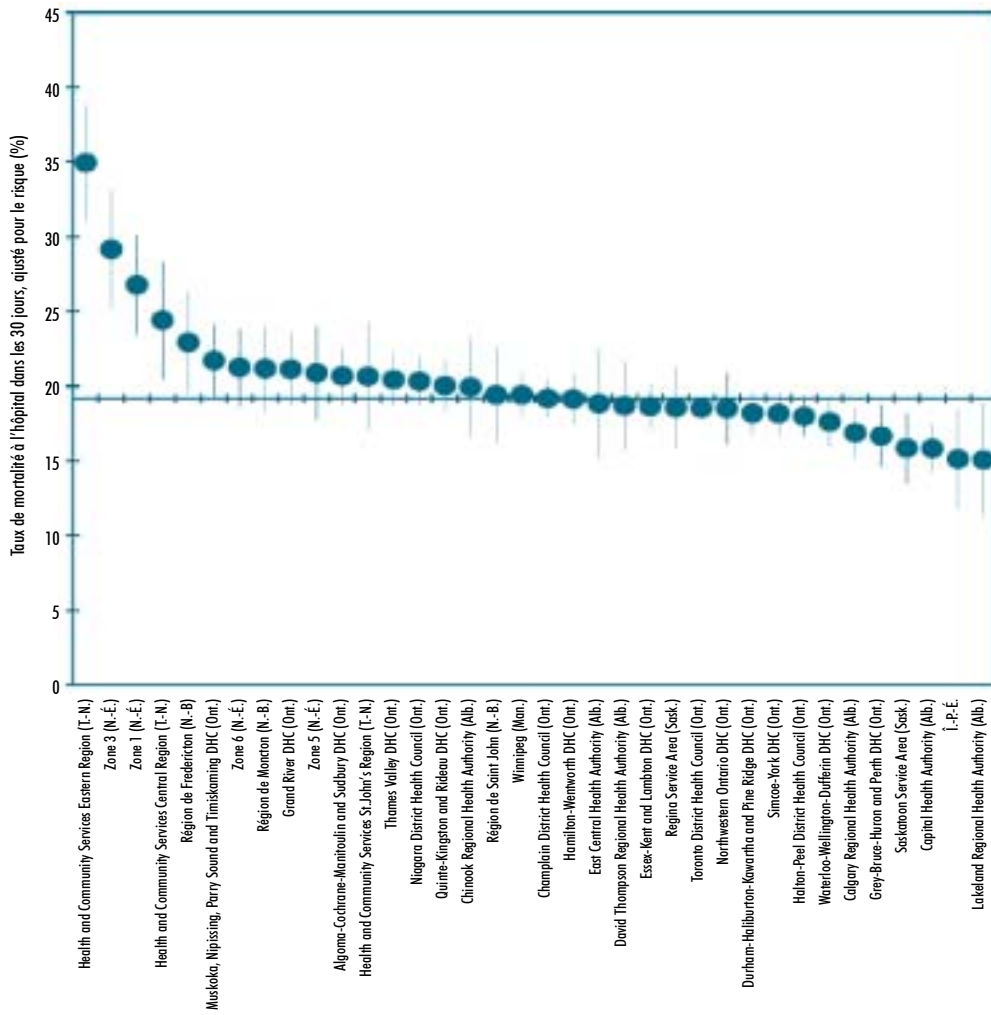
Pourquoi les taux de mortalité dans certaines régions sont-ils différents de la moyenne générale? Certains écarts peuvent être causés par des facteurs de risque ou



Écarts régionaux dans les taux de mortalité suite à un ACV

36

À l'échelle du pays, 19,2 % des patients sont décédés à l'hôpital suite à un accident cérébrovasculaire dans les 30 jours suivant leur première hospitalisation de 1997-1998 à 1999-2000. Comme pour les crises cardiaques, de nombreuses régions ont obtenu des taux comparables à cette moyenne globale, mais certaines ont enregistré des taux nettement supérieurs ou inférieurs même après un rajustement selon l'âge, le sexe et la comorbidité. Les données disponibles portant sur cette période de trois ans pour les régions comptant une population de 100 000 habitants ou plus sont présentées ci-dessous. On estime que les taux (indiqués par des cercles) sont exacts dans les limites illustrées par les barres verticales, soit 19 fois sur 20 (intervalle de confiance de 95 %). Le trait continu représente la moyenne globale de 19,2 %.



Remarque : Les données de la Colombie-Britannique et du Québec sont exclues en raison des écarts de collecte des données sur les hôpitaux.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

[†] En raison de différences dans la collecte des données sur les hôpitaux, les taux de la Colombie-Britannique et du Québec ne sont pas disponibles.

des problèmes de santé dont nous n'avons pas pu tenir compte. Par exemple, on a établi un lien entre les soins spécialisés après un ACV et la survie.^{7,8,9} Par contre, des chercheurs ontariens indiquent que les habitants de quartiers défavorisés ont plus de difficultés à accéder à certains de ces services et qu'ils courent plus de risques de mourir d'un ACV que les habitants de quartiers mieux nantis.⁷ D'autres facteurs peuvent aussi entrer en jeu, dont la gravité de la maladie, le mode de vie et l'obtempération à la prise de médicaments.^{8,9} Ces facteurs ne sont pas tous bien documentés dans les dossiers des patients. Et il peut y en avoir d'autres qui sont mal compris à l'heure actuelle. Ces données représentent donc un pas important, mais un premier pas seulement, dans un processus continu visant à mieux comprendre les résultats des soins et les facteurs qui les influencent.

Retour à l'hôpital

Après leur départ de l'hôpital, la plupart des patients se remettent à la maison ou dans d'autres types d'établissements de soins. Toutefois, certains doivent retourner à l'hôpital peu de temps après car ils ont d'autres problèmes de santé ou ont besoin d'autres soins.¹⁰

La qualité des soins qu'un patient reçoit pendant son séjour à l'hôpital peut influencer le taux de réadmission. Tout comme divers facteurs, dont la gravité de la maladie, la capacité ou la volonté d'un patient à entreprendre un traitement à sa sortie de l'hôpital, la disponibilité de soins de suivi dans la collectivité, et bien plus. Les réadmissions ne sont pas toutes évitables, mais des taux élevés peuvent susciter des études ou des analyses plus approfondies.¹¹



Qu'est-ce qu'une réadmission et comment les taux sont-ils calculés?

Cette étude fait appel aux bases de données de l'ICIS sur la morbidité hospitalière et les congés des patients. Elle s'appuie sur des méthodes mises au point par des chercheurs de l'Université de Toronto pour calculer les taux de réadmission associée à la qualité des soins en Ontario pour des interventions choisies, y compris les IAM et l'asthme.¹⁷ Nous avons adapté les méthodes, conçues pour calculer les taux à l'échelle des hôpitaux, pour générer les taux de réadmission pour les grandes régions du Canada.

Comprendre les résultats

- Dans la mesure du possible, nous n'avons compté que les réadmissions non planifiées causées par un problème de santé connexe dans les 28 jours suivant la première admission. Un retour à l'hôpital pour une chirurgie planifiée (p. ex. revascularisation ou mise en place d'un stimulateur cardiaque à la suite d'une hospitalisation pour un IAM) ne serait pas compté. De même, si un patient est réadmis pour un problème qui n'a rien à voir avec le diagnostic initial, il n'est pas compté comme une réadmission. Les patients admis avec des problèmes de cancer ou de VIH ont aussi été exclus. Tout comme les patients qui ont quitté l'hôpital de leur propre chef ou qui sont décédés pendant leur séjour à l'hôpital. Ces décisions ont été prises en fonction de l'avis de groupes cliniques.
- Notre analyse est faite en fonction du lieu de résidence des patients, non de l'endroit où ils sont soignés. Les taux reflètent donc les réadmissions des patients qui habitent dans une région (qui peuvent aussi recevoir des soins ailleurs) plutôt que le résultat des soins dispensés dans les hôpitaux de la région (qui peuvent aussi soigner des patients d'autres régions).
- Pour éviter le comptage multiple, les patients transférés d'un hôpital de soins de courte durée à un autre dans les 12 heures suivant leur sortie du premier hôpital ont été généralement considérés comme ayant été admis une seule fois (c.-à-d. un transfert et non une réadmission). Si plus d'une « vraie » admission s'est produite dans les 28 jours, nous n'avons inclus que la première dans l'analyse.
- Nous avons utilisé des méthodes éprouvées pour ajuster les chiffres en fonction des différences régionales dans l'âge, le sexe et la comorbidité. Malgré tout, nous ne pouvions utiliser que les données dont nous disposions. Par conséquent, les écarts entre les régions peuvent être le reflet non seulement de la qualité des soins dans un hôpital, mais également des variations dans les facteurs de risque, les soins avant l'admission et après le congé ou les pratiques de documentation propres aux hôpitaux dont nous n'avons pu tenir compte.
- Nous rapportons des intervalles de confiance de 95 % pour tous les taux de réadmission. Ces intervalles ont tendance à être plus grands (c.-à-d. que l'estimation est moins précise) pour les régions qui traitent moins de patients dans une année donnée. Par exemple, on estime que le taux de réadmission pour un IAM à Toronto est exact dans les limites de $\pm 0,53$ points de pourcentage, 19 fois sur 20. À l'opposé, la East Central Health Authority en Alberta (qui ne compte qu'une fraction des cas de Toronto) se situe dans les limites de $\pm 2,57$ points de pourcentage. Par conséquent, les taux présentés ici sont fondés sur des données rassemblées sur trois ans (de 1997-1998 à 1999-2000).

Les taux et les intervalles de confiance pour les régions comptant 100 000 habitants ou plus sont présentés dans l'encart *Indicateurs de santé 2002*. Des descriptions détaillées de nos méthodes et des notes techniques sont affichées sur le site Web de l'ICIS (www.icis.ca).

Réadmissions pour un IAM et l'asthme

Au Canada et ailleurs, de nombreux chercheurs se sont penchés sur les taux de réadmission dans les hôpitaux.^{10,11,12,13,14,15,16}

Cette année, pour la première fois, nous faisons rapport sur les taux de réadmission pour un IAM, l'asthme, une hystérectomie et une prostatectomie dans la plupart des régions du pays.⁸

Dans toutes les régions, peu importe leur taille, 7,3 % des patients victimes d'un IAM ont dû retourner à l'hôpital d'une manière imprévue dans les 28 jours à cause d'un

problème de santé connexe. Le taux était de 6,4 % dans le cas des patients souffrant d'asthme. Les taux dans la plupart des régions se rapprochaient des taux généraux, mais ils s'en écartaient considérablement dans certaines régions, même après qu'on ait tenu compte des différences dans les facteurs de risque. Par exemple, dans sept régions sanitaires, les taux de réadmission pour un IAM étaient inférieurs à 5 % et dans sept autres régions, ils étaient plus que le double.

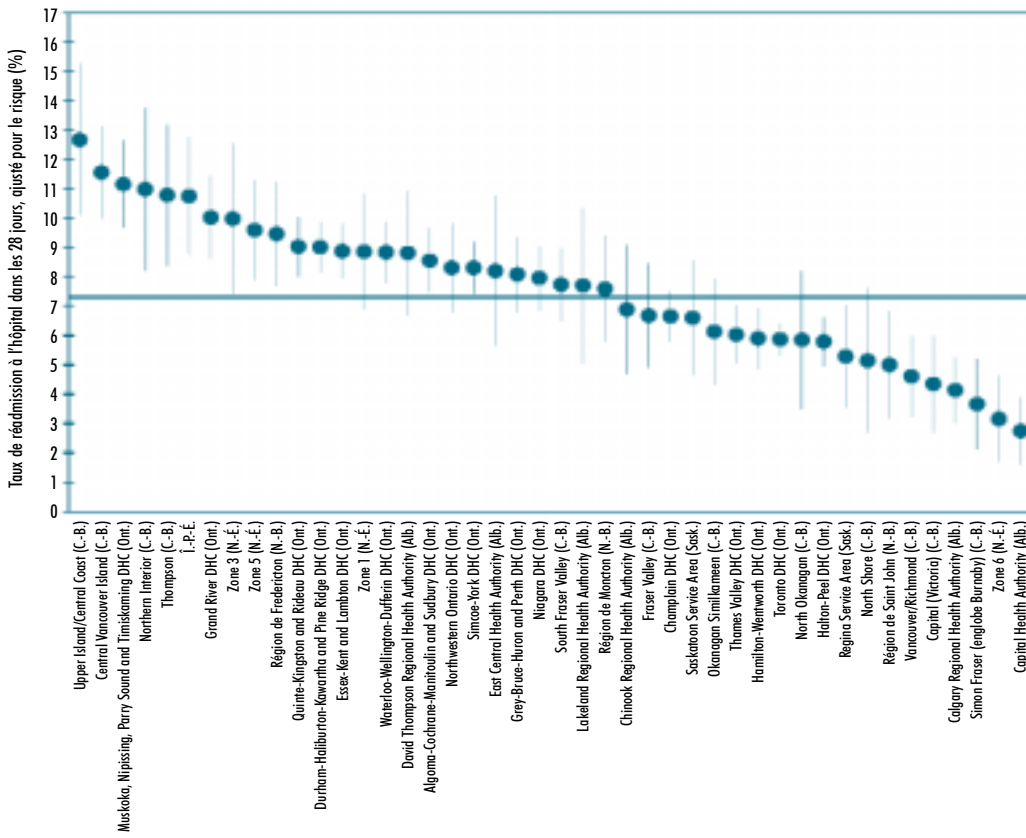
On a aussi observé des variations régionales dans les taux de réadmission pour



Écarts régionaux dans les réadmissions après une crise cardiaque

37

Les probabilités qu'un patient soit réadmis à l'hôpital dans les 28 jours après la première hospitalisation en raison d'une crise cardiaque (ajustement selon l'âge, le sexe et la comorbidité) variaient d'une région à une autre de 1997-1998 à 1999-2000. Les données disponibles portant sur cette période de trois ans pour les régions comptant 100 000 habitants ou plus sont présentées ci-dessous. On estime que les taux (indiqués par des cercles) sont exacts dans les limites illustrées par les barres, soit 19 fois sur 20 (intervalle de confiance de 95 %). Le trait continu représente la moyenne globale de 7,3 %. On n'a pas tenu compte des régions où les données n'étaient pas disponibles ni des régions où un taux valide ajusté selon le risque n'a pu faire l'objet d'estimation avec les données existantes.



Remarque : Les données du Manitoba, de Terre-Neuve et du Québec ont été exclues en raison des écarts de collecte des données sur les hôpitaux.

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

⁸ En raison de différences dans la collecte des données sur les hôpitaux, les taux de Terre-Neuve (IAM seulement), du Manitoba et du Québec ne sont pas disponibles.

l’asthme. Dix régions — cinq en Colombie-Britannique, deux en Alberta, une en Saskatchewan, en Ontario et en Nouvelle-Écosse — ont affiché des taux nettement supérieurs à la moyenne globale. Cinq régions — quatre en Ontario et une en Alberta — ont enregistré des taux de beaucoup inférieurs à la moyenne générale.

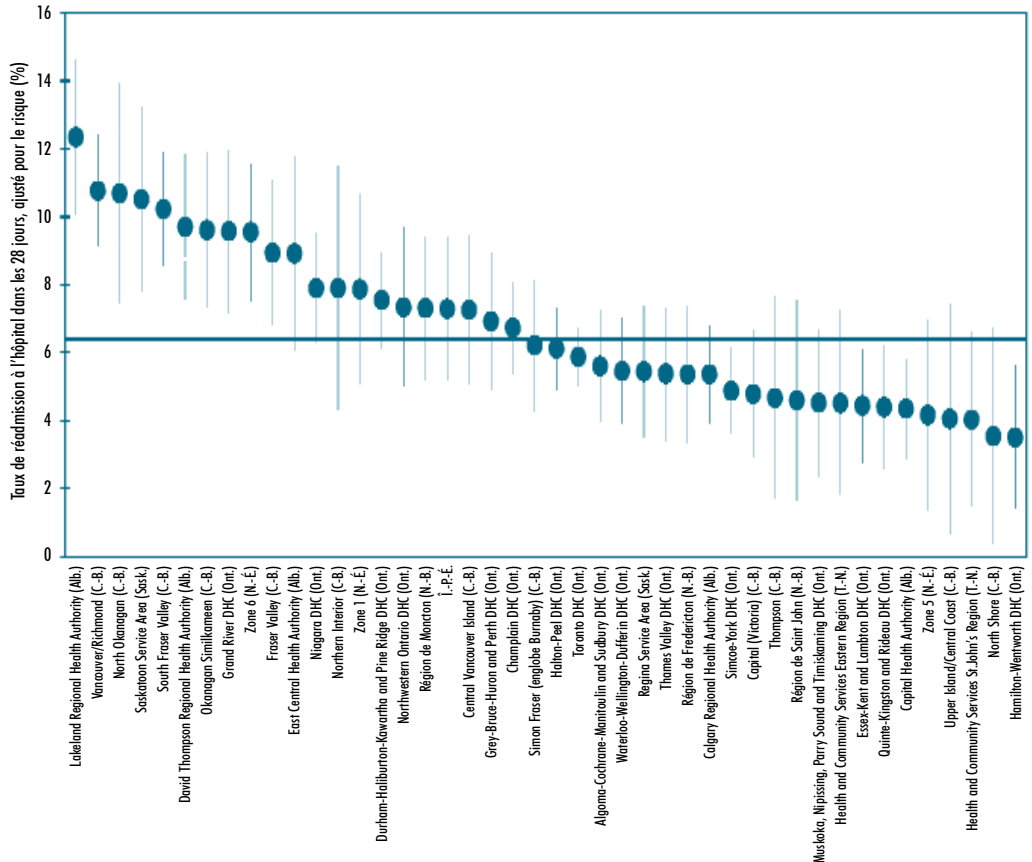
Qu’est-ce qui explique les écarts dans les taux régionaux de réadmission? Les taux peuvent être influencés par un certain nombre de facteurs. Certains ont trait aux soins dispensés lors du premier séjour à l’hôpital, mais ils ne le sont pas tous. Par exemple, les risques de réadmission après une hospitalisation pour un IAM peuvent être affectés par les caractéristiques du patient, la disponibilité des techniques diagnostiques et

autres pendant le premier séjour à l’hôpital, les soins de suivi après la sortie, et bien d’autres facteurs.

Tout comme dans le cas des indicateurs de mortalité à l’hôpital dans les 30 jours, bon nombre de ces facteurs ne sont pas bien documentés dans les dossiers des patients. De même, il peut y avoir d’autres raisons mal comprises aujourd’hui qui expliquent les écarts. Encore une fois, pour bien saisir comment les soins hospitaliers influencent les résultats cliniques à court et à long terme, il faut envisager ces mesures avec d’autres renseignements, comme les caractéristiques des patients, les soins aux patients et les services de santé à l’hôpital et hors de l’hôpital.

Écarts régionaux dans les réadmissions après une crise d’asthme 38

Les probabilités qu’un patient soit réadmis à l’hôpital dans les 28 jours après la première hospitalisation en raison d’une crise d’asthme (ajustement selon l’âge, le sexe et la comorbidité) variaient d’une région à une autre de 1997-1998 à 1999-2000. Les données disponibles portant sur cette période de trois ans pour les régions comptant 100 000 habitants ou plus sont présentées ci-dessous. On estime que les taux (indiqués par des cercles) sont exacts dans les limites illustrées par les barres, soit 19 fois sur 20 (intervalle de confiance de 95 %). Le trait continu représente la moyenne globale de 6,4 %. On n’a pas tenu compte des régions où les données n’étaient pas disponibles ni des régions où un taux valide rajusté selon le risque n’a pu faire l’objet d’estimation avec les données existantes.



Remarque : Les données du Manitoba et du Québec ont été exclues en raison des écarts de collecte des données sur les hôpitaux.

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

Survivre au cancer

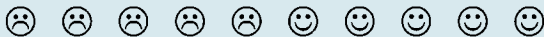
Le cancer est le grand responsable des décès prématurés au Canada. On lui attribue environ le tiers des années potentielles de vie perdue.¹⁸ L'Institut national du cancer du Canada estime qu'il y a eu 134 000 nouveaux cas de cancer et 65 300 décès attribuables au cancer en 2001.

Comment les risques de décès des cancéreux se comparent-ils à ceux de la population dans l'ensemble? Pour le savoir, Statistique Canada a calculé des taux « relatifs » de survie sur cinq ans pour les patients atteints d'un cancer du sein, du côlon et du rectum, du poumon ou de la prostate en 1992.

Qu'est-ce qu'un taux relatif de survie?

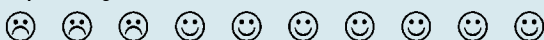
Les taux relatifs de survie pour le cancer mesurent la probabilité de décès d'une personne atteinte de cancer dans une période de temps déterminée par rapport à une personne dans la population générale. Prenons l'exemple de deux groupes fictifs formés de 10 personnes. Les membres du premier groupe ont récemment reçu un diagnostic d'une forme quelconque de cancer. Les membres du second groupe, dont l'âge, le sexe et la province de résidence sont semblables, sont choisis au hasard dans la population. Cinq ans plus tard, cinq personnes du premier groupe et sept du deuxième sont encore en vie. Le ratio de survie dans le premier groupe par rapport au deuxième est la survie relative. Dans cet exemple, les chances de survie après cinq ans des personnes atteintes de cancer étaient de l'ordre de 71 % (5/7) par rapport à la population générale.

Diagnostic : cancer



taux de survie = 50 %

Population générale



survie = 70 %

Survie relative = 50 % / 70 % = 71 %

😊 = survie après 5 ans

☹️ = décès après 5 ans

Remarque : Les chiffres sont présentés à titre d'exemple seulement. Ils ne représentent pas de vrais taux de survie.

On a constaté que les taux relatifs de survie varient selon l'endroit où vous habitez. Par exemple, la survie relative sur cinq ans des personnes atteintes du cancer de la prostate (91 %) ou du sein (85 %) était la

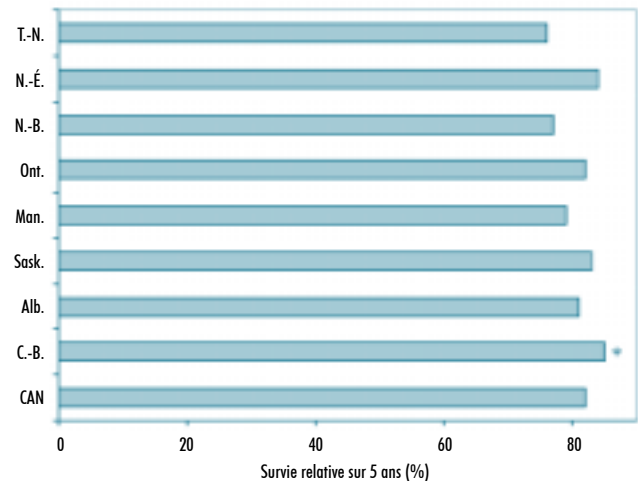
plus élevée en Colombie-Britannique.

Les taux étaient de 87 % et de 82 % respectivement à l'échelle du pays. Dans les cas des patients atteints du cancer colorectal, la survie relative était la plus basse chez les hommes du Nouveau-Brunswick (47 %), par rapport à 56 % pour l'ensemble des hommes. En général, les patients atteints du cancer du poumon ont le moins de chances de survivre. Les taux relatifs de survie sur cinq ans étaient de 14 % pour les hommes et de 17 % pour les femmes à l'échelle nationale.

Survivre à un cancer du sein

39

Les femmes âgées entre 15 et 99 ans chez qui on a diagnostiqué un cancer du sein en 1992 avaient un taux **relatif** de survie sur cinq ans de plus de 80 %, mais il existe des écarts entre les provinces. La Colombie-Britannique a obtenu le taux le plus élevé à 85 %.



Remarque : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la répartition des cas au Canada en 1992 pour le siège du cancer à l'étude. Les résultats pour l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ne sont pas présentés en raison du nombre insuffisant de cas. Le taux national n'englobe pas le Québec en raison de ses écarts concernant la méthodologie de déclaration des cancers, mais il comprend l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.

* différence marquée ($p < ,05$) par rapport au taux relatif de survie du cancer du sein à l'échelle nationale de 82 %.

Source : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.

De deux choses l'une : des temps de survie plus longs signifient que le cancer est diagnostiqué à un stade plus précoce (peut-être grâce à l'efficacité des programmes de dépistage); ou les patients atteints de cancer vivent plus longtemps, peut-être grâce à de meilleurs traitements. Une meilleure surveillance du stade des tumeurs permettra à l'avenir de démêler les faits.

Le cancer chez l'enfant

Pour les enfants canadiens, un diagnostic de cancer n'est pas la sentence de mort qu'il était autrefois.¹⁸ Dans les 30 dernières années, les chances de survie se sont grandement améliorées. Les taux de survie sur cinq ans sont aujourd'hui d'environ 75 %.¹⁹ Voilà une bonne nouvelle pour les 1 266 enfants en moyenne qui ont reçu un diagnostic de cancer chaque année entre 1992 et 1996, selon l'Institut national du cancer du Canada. La mauvaise nouvelle : 249 enfants en moyenne meurent encore chaque année du cancer. Le cancer le plus fréquent chez les enfants est la leucémie. Elle constitue 26 % des nouveaux cas et est responsable de 32 % des décès. Le cancer du cerveau et de la moelle épinière (17 % des nouveaux cas) et le lymphome (16 % des nouveaux cas) sont d'autres formes courantes de cancer.¹⁸

Quand un organe défaille...

La première transplantation rénale de personne à personne a été pratiquée il y a presque 70 ans, en 1933. Malheureusement, le rein n'a jamais fonctionné. Il a fallu encore 20 ans avant que des chirurgiens à Boston effectuent la première greffe rénale réussie.²⁰ Aujourd'hui, les transplantations de reins et d'autres organes sont de plus en plus courantes.

Transplantation d'îlots de Langerhans

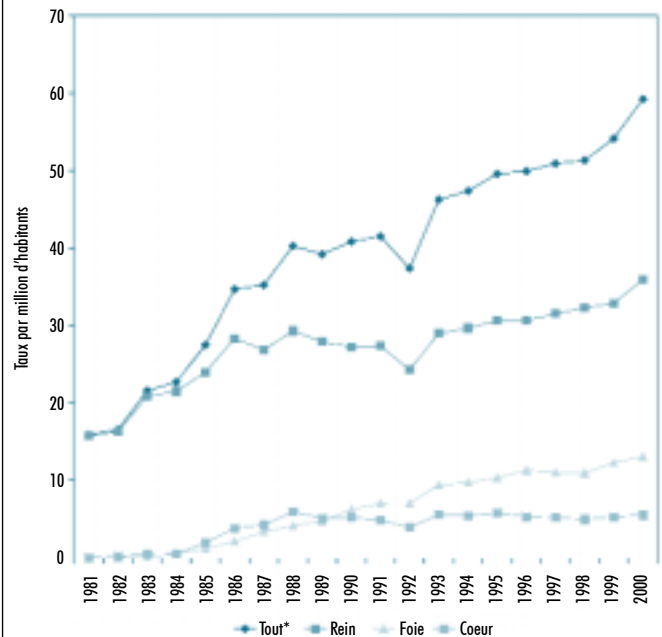
Chez les personnes atteintes de diabète de type 1, le système immunitaire détruit les îlots de Langerhans. Ceux-ci produisent de l'insuline, qui aide le corps à utiliser le glucose comme énergie. La transplantation des îlots de Langerhans a longtemps été considérée comme une option possible de traitement à long terme. Dans ce genre d'intervention, les îlots sont prélevés du pancréas du donneur et transplantés sur le receveur dans l'espoir qu'ils commencent à produire de l'insuline. En 1989, des chercheurs de l'Université de l'Alberta ont effectué la première transplantation d'îlots de Langerhans au Canada. L'opération n'a pas réussi. En 1999, les mêmes chercheurs ont développé une nouvelle méthode de transplantation des îlots. La procédure est maintenant connue sous le nom de « protocole d'Edmonton ». À ce jour, les résultats semblent prometteurs, mais des recherches plus poussées sont nécessaires pour déterminer les bienfaits à long terme.^{21,22}

Au Canada, 27 hôpitaux ont pratiqué 1 820 transplantations d'organes simples en 2000. La plupart étaient des transplantations rénales (61 %). Venaient ensuite les transplantations hépatiques (22 %), cardiaques (9 %) et pulmonaires (presque 7 %).

Augmentation du nombre de greffes

40

Ce graphique présente le nombre de greffes par million d'habitants selon le type d'organe. Les greffes de rein sont les plus communes parmi les greffes d'organe solide. Les taux des greffes de rein et d'autres transplantations ont généralement progressé au fil du temps, comme en fait foi ce diagramme.



Remarque : « Tout » englobe également les greffes du pancréas, du bloc cœur-poumons, d'un seul poumon, de deux poumons et de l'intestin.

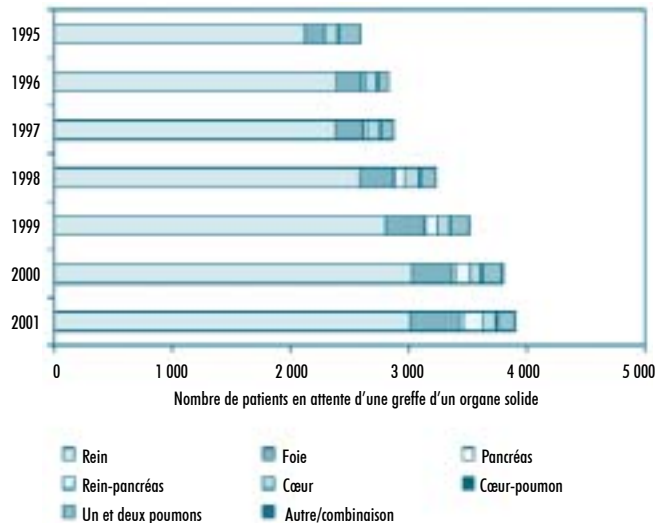
Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS.

Malgré tout, le nombre de patients en attente d'une transplantation continue de grimper. Au 30 septembre 2001, 3 901 patients attendaient une transplantation d'organe solide au Canada. Il s'agit d'une hausse de 51 % par rapport à 1995. Les trois quarts d'entre eux (77 %) avaient besoin d'une greffe de rein. Onze pour cent attendaient un foie. Les patients en attente d'un cœur, d'un ou de deux poumons et d'un rein-pancréas représentaient moins de 5 % pour chaque organe.

L'attente

41

Au 30 septembre 2001, on comptait 3 901 patients en attente d'une greffe d'un organe solide au Canada, une hausse de 51 % par rapport à 1995. En 2001, presque 77 % des patients sur la liste d'attente espéraient obtenir un rein; venaient ensuite les patients en attente d'un foie (11 %) et d'un cœur (3 %).



Remarque : En 1997, les listes englobaient les patients qui étaient en attente (patients qui ne peuvent recevoir de greffe pour une raison médicale ou autre sur une courte période) ainsi que les patients actifs qui peuvent recevoir une greffe en tout temps.

Depuis octobre 2000, la liste des patients en attente d'un rein en Colombie-Britannique a été retenue sauf lorsqu'il s'agit d'une priorité (p. ex. les priorités pédiatriques, médicales et les greffes de plusieurs organes). Par conséquent, on note une diminution du nombre de patients en attente d'une greffe de rein entre 2000 et 2001 dans cette province.

Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS.

Donneurs vivants vs donneurs décédés — Y a-t-il une différence?

Un organe peut être prélevé sur un donneur cadavérique ou vivant. Quelle est la différence? Un donneur **cadavérique** est un donneur dont la mort cérébrale a été attestée et qui a consenti à donner un ou plusieurs organes. Un donneur **vivant**, comme le nom l'indique, est en vie. Il a généralement un lien biologique (apparenté) ou émotionnel (non apparenté) avec le receveur. Les donneurs vivants font le plus souvent don d'un rein. Toutefois, un donneur vivant peut aussi faire don d'un poulmon ou d'une partie du foie, du poulmon ou du pancréas.

Les receveurs d'organes provenant de donneurs vivants ont tendance à afficher de meilleurs taux de survie que les receveurs d'organes d'origine cadavérique.^{23,24} Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance : meilleur appariement des tissus entre le donneur vivant et le receveur, amélioration dans l'utilisation des thérapies immuno-suppressives, temps d'attente moins longs, meilleur appariement des antigènes des globules blancs et plus grande teneur en oxygène dans les tissus provenant de donneurs vivants.^{24,25}

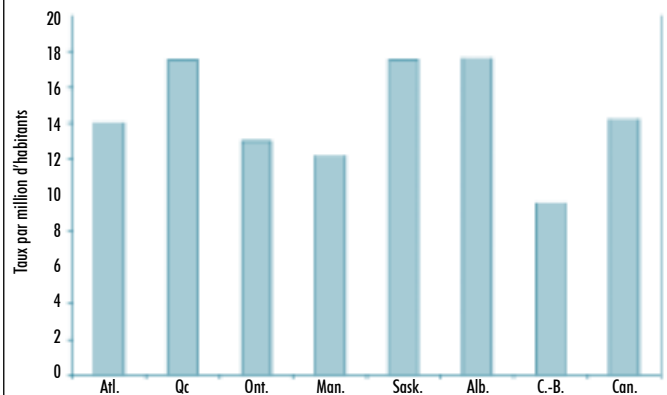
Les dons d'organes ne suffisent pas à la demande croissante. Le taux de dons d'organes cadavériques a été relativement stable dans les cinq dernières années. Il se situe actuellement à environ 14 par million d'habitants. En revanche, le taux de don d'organes provenant de donneurs vivants a plus que doublé depuis 1992. En 2000, il était de 13,3 par million d'habitants au Canada.

Les taux de dons d'organes varient d'un endroit à l'autre au pays. Entre 1998 et 2000, l'Alberta, la Saskatchewan et le Québec ont affiché les taux les plus élevés de dons d'organes cadavériques. Comment expliquer les écarts provinciaux? Il est possible que les caractéristiques démographiques, les ressources des hôpitaux, les différences culturelles y jouent un rôle, tout comme d'autres facteurs qui n'ont peut-être pas encore été cernés.²³

Faire un don

42

Entre 1998 et 2000, le taux moyen de dons d'organes cadavériques au Canada s'élevait à 14,3 par million d'habitants. L'Alberta (17,6), la Saskatchewan (17,5) et le Québec (17,5) ont affiché des taux supérieurs à la moyenne nationale. La Colombie-Britannique a enregistré le taux le moins élevé à 9,6 donneurs par million d'habitants.



Remarque : La moyenne sur trois ans n'est pas ajustée en fonction des facteurs qui peuvent influencer les taux de dons d'organes, comme les caractéristiques démographiques, les ressources des hôpitaux ou les différences culturelles.

Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS.

Un autre moyen de mesurer les taux de dons d'organes cadavériques consiste à calculer la proportion de donneurs potentiels qui donnent effectivement un ou des organes aux fins de transplantation. Cette mesure est plus complexe car elle fait appel à une estimation des donneurs « potentiels ». L'ICIS a récemment publié un document de travail qui étudiait des méthodes administratives de mesure des donneurs potentiels. Selon la méthode utilisée, on a éventuellement prélevé un ou des organes sur environ quatre à 15 donneurs cadavériques potentiels par tranche de 100 entre 1992 et 1998. Ces méthodes tiennent compte des différences provinciales dans le sexe, l'âge, la mortalité, et d'autres facteurs.²⁶

Xénotransplantation — Le Canada doit-il donner son feu vert?

En raison des listes d'attente de plus en plus longues pour une transplantation, les scientifiques doivent trouver des solutions de rechange. La xénotransplantation — la transplantation de cellules, de tissus ou d'organes d'origine animale sur un humain — est une option controversée.

Les gouvernements ont récemment demandé à l'Association canadienne de santé publique de réunir un groupe consultatif pour formuler des recommandations sur la transplantation de l'animal à l'humain.²⁷ Dans le cadre de ce processus, ils ont consulté le grand public au moyen d'un sondage téléphonique et d'un forum citoyens de deux jours. Les commentaires reçus étaient différents. Ainsi, 65 % des répondants au sondage téléphonique ont dit que le Canada devrait aller de l'avant avec la xénotransplantation. En revanche, seulement 46 % de ceux qui ont participé au forum citoyens, et qui ont bénéficié de renseignements généraux approfondis, étaient d'accord.

Voici certains des enjeux soulevés lors de la consultation :

- des préoccupations à l'égard des risques pour la santé et du nombre de tentatives infructueuses à ce jour;
- une volonté de résoudre la pénurie d'organes qui sévit au Canada actuellement;
- le besoin de lois et de règlements clairs et rigoureux sur les pratiques de recherche avec essais cliniques avant que la xénotransplantation soit autorisée.

Au bout du compte, le Groupe consultatif a conclu que le Canada ne devrait pas autoriser la xénotransplantation avant de résoudre ces questions.

Après une transplantation...

Au Canada, les chances de survivre un, trois ou cinq ans après une transplantation ont augmenté. Les receveurs de rein ou de cœur entre 1995 et 2000 avaient de meilleures chances de survie que ceux qui ont subi leur transplantation entre 1989 et 1994.

Dans le cas des transplantations rénales, les chances de survie étaient à peu près les mêmes dans les régions du pays pour lesquelles les données étaient disponibles entre 1995 et 2000. Cette observation est

Survie après cinq ans

43

Les estimations des taux de survie après cinq ans des Canadiens ayant reçu une greffe du rein ou du cœur entre 1995 et 2000 étaient plus élevées que pour les greffés entre 1989 et 1994. Ce tableau présente des estimations des taux de survie et les intervalles de confiance de 95 %.

Moment de la greffe	Rein d'un donneur	Foie	Cœur
1989-1994	83,9 % (83,0-85,0)	71,3 % (68,3-74,4)	69,1 % (66,3-71,9)
1995-2000	87,3 % (85,7-88,9)	76,2 % (72,6-79,7)	77,4 % (74,8-79,9)

Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS.

valable après un, trois et cinq ans.

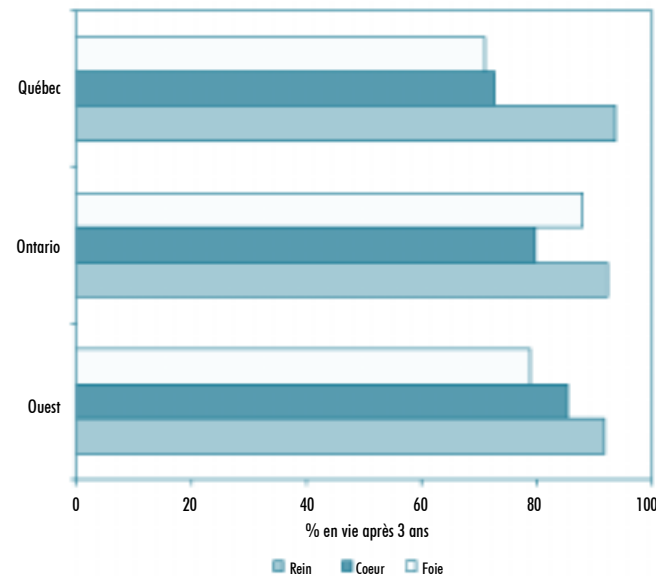
Par contre, on a observé certaines différences parmi les receveurs de greffes du cœur et du foie. Par exemple, la survie après trois ans des patients de transplantations cardiaques était plus élevée dans l'Ouest (85,4 %) qu'au Québec (72,7 %).[†] Dans le cas des transplantations du foie, la probabilité de survie après trois ans était meilleure en Ontario (88,0 %) qu'au Québec (71,0 %) et dans l'Ouest (78,9 %). Ces écarts s'expliquent par plusieurs facteurs, dont des variations non identifiées dans les facteurs de risque, comme la comorbidité (c.-à-d. présence d'autres maladies comme le diabète ou l'hypertension).

[†] Écart statistique important (p=0,05).

Écarts dans les taux de survie entre les régions

44

Les patients ayant reçu une greffe de rein d'origine cadavérique au Québec, en Ontario et dans les provinces de l'Ouest entre 1995 et 2000, ont obtenu des résultats relativement semblables. Or, on note des écarts entre les régions concernant les taux de survie n'ayant pas fait l'objet de rajustement pour les greffes du cœur et du foie. Cette différence peut être attribuable aux chances réelles de survie, aux conditions de comorbidité relativement à la portée et à l'exactitude de la déclaration entre les régions ou à d'autres facteurs.



Remarque : Les données pour les provinces de l'Atlantique ont été supprimées.

Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS.

Sur la scène internationale

Les comparaisons nationales de la survie après une transplantation sont souvent difficiles à établir. Les comparaisons internationales le sont encore plus. Les méthodes de calcul et de répartition des ressources ne sont pas les mêmes dans tous les pays et affectent les résultats de la recherche, aussi bien que les caractéristiques des patients et d'autres facteurs. Ceci dit, il est possible d'établir des comparaisons prudentes. Les dernières données (de janvier 1990 à décembre 1998) révèlent que les Canadiens ont de meilleures chances de survivre à une transplantation du rein que les Américains.

Comparaisons des taux de survie à l'échelle internationale

45

Le taux de survie dans les cinq ans suivant une greffe du rein était plus élevé chez les patients canadiens pour chaque groupe d'âge présenté ci-dessous par rapport aux patients américains. Or, les Canadiens âgés de 35 à 49 ans ont obtenu de moins bons résultats dans le cas d'une greffe du foie. Les données visent les patients ayant reçu une greffe entre janvier 1990 et décembre 1998. Les intervalles de confiance de 95 % ci-dessous figurent entre parenthèses sous le taux approximatif de survie.

Survie après 5 ans				
Groupe d'âge	Greffe d'un rein d'origine cadavérique		Greffe du foie	
	Canada	É.-U.	Canada	É.-U.
18-34	94,4 % (93,1-95,5)	90,9 % (90,3-91,5)	77,7 % (71,9-83,3)	78,0 % (76,0-80,0)
35-49	89,0 % (87,6-90,3)	85,5 % (84,9-86,1)	72,4 % (68,7-75,9)	77,6 % (76,6-78,6)
50-64	79,9 % (77,9-81,8)	74,9 % (74,1-75,7)	67,0 % (63,6-70,4)	69,5 % (68,3-70,7)

Sources : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS; 2000 Annual Report, UNOS Scientific Registry Data (É.-U.).

Volume et résultats des chirurgies — Un autre regard

Toutes les chirurgies comportent des risques. Le but est de minimiser les risques immédiats en vue d'améliorer la santé à long terme, le bien-être et l'espérance de vie. Les milliers de Canadiens qui subissent une chirurgie chaque année affrontent ce compromis.

Si vous devez être opéré, plusieurs facteurs peuvent déterminer où votre chirurgie aura lieu. Si vous avez besoin d'une opération d'urgence, le choix peut être limité. Mais si l'intervention est planifiée, vous prendrez peut-être votre décision en fonction des recommandations des médecins, des membres de la famille et des amis. Le lieu, la disponibilité et l'aspect pratique peuvent aussi être déterminants. Et plusieurs autres facteurs peuvent peser dans la balance.

Dans le rapport de l'an dernier, nous avons fait état des écarts, souvent importants, dans le nombre d'interventions chirurgicales rares et courantes pratiquées dans les hôpitaux au Canada. De même, dans le cas de nombreux types de soins et de chirurgies, les recherches indiquent que les patients soignés dans les hôpitaux où le nombre de cas est plus élevé courent souvent moins de risques d'avoir des complications ou de mourir après une chirurgie.²⁸

Plusieurs de ces études ont été réalisées dans d'autres pays mais certains chercheurs canadiens ont étudié en détail certains types de soins.^{29,30}

Les liens entre le volume et les résultats suscitent actuellement beaucoup d'intérêt au Canada sur les plans clinique et politique. En effet, la récente commission d'enquête Sinclair a constaté que le nombre limité de cas (de cardiologie infantile) qui peuvent être pratiqués dans une province comme le Manitoba qui compte à peine plus d'un million d'habitants augmente le risque de morbidité et de mortalité.³¹ Et les premiers ministres provinciaux et territoriaux ont convenu de partager des ressources humaines et des équipements en vue d'établir des centres d'excellence qui se spécialiseront dans les interventions à faible volume comme la pédocardiologie et la chirurgie au scalpel gamma.³²

La situation au Canada : du nouveau cette année

Cette année, nous avons élargi notre analyse des volumes en chirurgie à un éventail plus vaste d'interventions. Certaines d'entre elles, comme l'hystérectomie (ablation de l'utérus) et la cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire) sont courantes. D'autres sont moins

fréquentes mais leurs taux augmentent (p. ex. arthroplasties de la hanche et du genou). Nous avons aussi inclus un exemple d'opération peu pratiquée : l'intervention de Whipple (chirurgie pour le cancer du pancréas).

En 2000, Dudley et ses collègues²⁸ ont résumé les conclusions d'un grand nombre d'études de recherche sur les liens entre le volume et les résultats. Leur revue systématique de la documentation englobait les cinq interventions mentionnées ci-dessus. Ils ont trouvé deux études sur l'hystérectomie, quatre sur la cholécystectomie, neuf sur l'arthroplastie de la hanche, trois sur l'arthroplastie du genou et huit sur la chirurgie pour le cancer du pancréas. Toutes les études ont fait le lien entre de meilleurs résultats et des volumes plus élevés. Dans la plupart des cas, mais pas tous, les résultats étaient statistiquement significatifs.

Depuis, plusieurs nouvelles études ont été réalisées. Par exemple, le *New England Journal of Medicine* du 11 avril 2002³³ a publié un article sur la relation entre le volume dans les hôpitaux et la mortalité aux États-Unis. Les rédacteurs en chef ont indiqué qu'il pourrait bien s'agir de la plus vaste étude jamais réalisée.³⁴ Dans d'autres revues systématiques, ces résultats peuvent être intégrés à ceux d'autres études.

Des chercheurs ont étudié les résultats pour des patients couverts par l'assurance-maladie (âgés entre 65 et 99 ans) qui ont subi un de 14 types d'interventions pour une maladie cardiaque ou le cancer. L'étude portait sur 2,5 millions de chirurgies pratiquées entre 1994 et 1999. Pour tous les types d'interventions, les chercheurs ont constaté que les taux de mortalité ajustés pour le risque avaient tendance à être plus faibles dans les hôpitaux à volume élevé. Mais ce lien variait en fonction de l'intervention. La différence absolue dans les taux de mortalité ajustés pour le risque entre les hôpitaux à volume élevé et à faible volume s'échelonnait entre 0,2 % et plus de 12 %.

Bien que dans le cas de certaines interventions, la relation volume-résultats soit claire, les raisons le sont moins. Certains font observer en termes très simples qu'à force de forger, on devient forgeron. C'est-à-dire que les hôpitaux à volume plus élevé développent de meilleures compétences.^{35,36}

D'autres affirment que plus de gens se rendent aux hôpitaux qui affichent de meilleurs

Chirurgie au Canada — Qui fait quoi et combien 46

Tous les ans, les chirurgiens effectuent des centaines de milliers d'interventions en milieu hospitalier au pays. Certaines sont communes, d'autres sont rares. Pour témoigner de cet écart, ce tableau résume la façon dont certaines interventions sont effectuées, le nombre d'interventions exécutées en 1999-2000 et l'évolution des chiffres au fil du temps.

Intervention	Type de bloc opératoire*	Intervention effectuée habituellement par	Nombre d'interventions au Canada en 1999-2000	Écart de 1997-1998 à 1999-2000
Hystérectomie	Spéc.	Gynécologue	55 404	3,5 %
Cholécystectomie** (ablation de la vésicule biliaire)	Spéc. pour une laparoscopie, non spéc. pour une chirurgie ouverte	Chirurgien généraliste	Plus de 50 000	2,7 %
Arthroplastie du genou	Spéc.	Chirurgien orthopédique	21 649	13,2 %
Arthroplastie de la hanche	Spéc.	Chirurgien orthopédique	19 853	10,6 %
Chirurgie pour cancer du pancréas (Intervention de Whipple)	Spéc.	Chirurgien généraliste	458	16,5 %

Remarque :

* Spéc.=milieu spécialisé, non spéc.=milieu non spécialisé

**N'englobe pas les données du Québec, du Manitoba ni de l'Alberta en raison des écarts de déclaration des données sur les hôpitaux.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, ICIS.

résultats. C'est-à-dire qu'un rendement supérieur attire plus de patients. Il s'agit de la théorie de « l'acheminement sélectif ».^{35,37}

La nature exacte de la relation entre les volumes et les résultats est une autre question non résolue. Par exemple, y a-t-il un nombre « seuil » de cas — un volume précis pour une intervention donnée — associé à de meilleurs résultats? Ou est-ce que les résultats s'améliorent constamment avec l'augmentation des volumes de cas? Nous l'ignorons en grande partie.

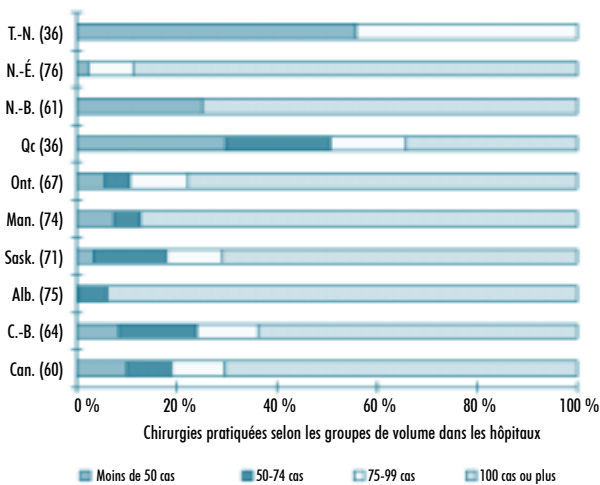
Ce que les données révèlent

La plupart des Canadiens sont opérés dans des hôpitaux à volume élevé, mais de nombreux hôpitaux pratiquent très peu d'interventions chirurgicales. Ainsi, même si plus de sept arthroplasties du genou sur 10 en 1999-2000 ont été effectuées dans des hôpitaux où le nombre de cas est supérieur à 100 par année, presque 7 % (1 474) l'ont été dans des hôpitaux qui en font moins de 50 par année.

Nombre d'arthroplasties de la hanche au Canada

47

L'ampleur concernant la centralisation des arthroplasties de la hanche pratiquées au pays varie. Ce graphique présente le pourcentage de ces chirurgies pratiquées dans les hôpitaux ayant pu accueillir moins de 50 cas, de 50 à 74 et de 75 à 99 cas ou 100 cas ou plus en 1999-2000. Le chiffre entre parenthèses représente le taux (normalisé selon l'âge) d'arthroplasties de la hanche par 100 000 habitants en 1999-2000. Par exemple, les habitants de la Nouvelle-Écosse, du Manitoba et de l'Alberta étaient plus susceptibles de subir une arthroplastie de la hanche.



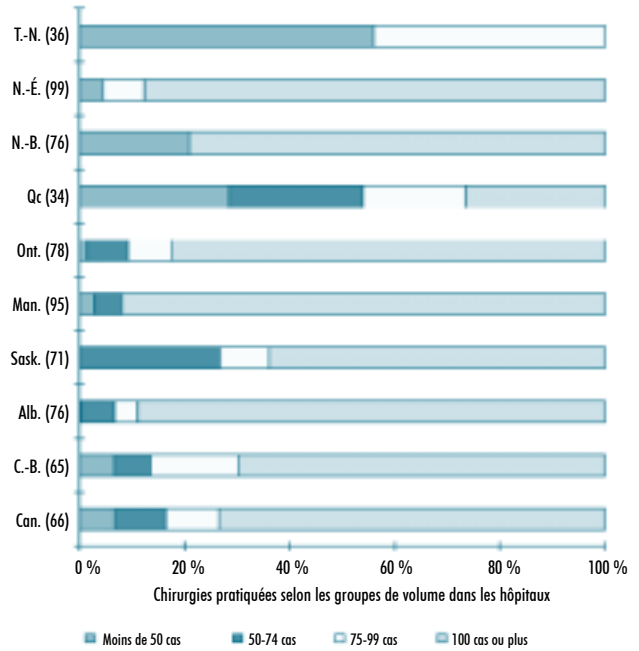
Remarque : Les données pour l'Î.-P.-É. ont été supprimées pour en assurer la confidentialité.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Nombre d'arthroplasties du genou au Canada

48

L'ampleur concernant la centralisation des arthroplasties du genou effectuées au pays varie. Ce graphique présente le pourcentage de ces chirurgies pratiquées dans les hôpitaux ayant pu accueillir moins de 50 cas, de 50 à 74 et de 75 à 99 cas ou 100 cas ou plus en 1999-2000. Le chiffre entre parenthèses représente le taux normalisé selon l'âge des patients ayant subi une arthroplastie du genou par 100 000 habitants en 1999-2000. Par exemple, les habitants de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba étaient les plus susceptibles de subir une arthroplastie du genou.



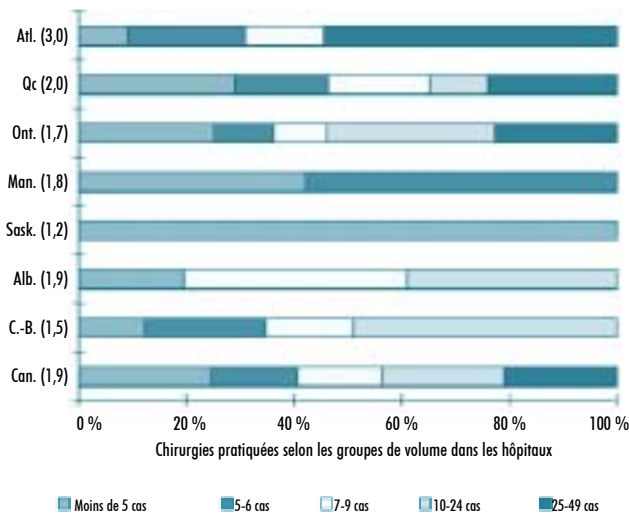
Remarque : Les données pour l'Î.-P.-É. ont été supprimées pour en assurer la confidentialité.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

De plus, le degré de concentration des soins dans quelques centres à volume élevé n'est pas nécessairement associé au nombre d'interventions pratiquées. Par exemple, au Québec, presque 30 % des 2 700 arthroplasties du genou et des 2 900 arthroplasties de la hanche ont été faites dans des hôpitaux qui en font moins de 50 par année. À l'opposé, au Manitoba et en Nouvelle-Écosse — deux provinces où le volume de cas est moins que la moitié de celui du Québec — moins de 8 % des interventions en 1999-2000 ont été pratiquées dans des hôpitaux qui en font moins de 50.

Nombre de chirurgies à la suite d'un cancer du pancréas au Canada 49

L'ampleur concernant la centralisation des chirurgies à la suite d'un cancer du pancréas, soit l'intervention de Whipple, qui ont été effectuées au pays varie. Le graphique suivant présente le pourcentage de ce type de chirurgies pratiquées dans les hôpitaux ayant pu accueillir moins de 5 cas, de 5 à 6, de 7 à 9, de 10 à 25 ou de 25 à 49 cas en 1999-2000. Le chiffre entre parenthèses représente le taux normalisé selon l'âge des patients ayant subi une chirurgie à la suite d'un cancer du pancréas par 100 000 habitants en 1999-2000. Ce genre de chirurgie est très rare.



Remarque : Les données pour les provinces de l'Atlantique ont été regroupées pour en assurer la confidentialité.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Faut-il faire des compromis?

La concentration des interventions chirurgicales dans les centres à volume élevé — qu'on appelle parfois régionalisation ou centralisation — peut donner lieu à des avantages considérables : expertise spécialisée des équipes de santé, utilisation optimale des équipements coûteux, meilleurs résultats pour les patients.

Par ailleurs, ils sont nombreux à dire que la centralisation des soins peut avoir des effets indésirables, surtout dans les régions rurales. Par exemple, elle peut créer des problèmes de déplacement, nuire à la continuité des soins et, à la longue, restreindre l'accès à des soins nécessaires pour les patients qui vivent loin des centres de référence.

Comme nous l'avons mentionné l'an dernier, pour décider de centraliser les soins et dans quelle mesure, il nous faut réaliser un

juste équilibre entre ces questions. L'équilibre variera sans doute d'une intervention à une autre, et d'un endroit à un autre.

Pour alimenter la discussion, nous avons encore une fois inclus les taux pour plusieurs types de chirurgie et les indicateurs d'entrées et de sorties des patients dans l'encart *Indicateurs de santé 2002*. Les indicateurs illustrent l'ampleur des déplacements des patients d'une région à une autre pour recevoir des soins. Une note élevée indique une plus grande centralisation et le déplacement de nombreux patients provenant de l'extérieur de la région. Les interventions spécialisées, comme les pontages aortocoronariens, ont tendance à être plus centralisées que les chirurgies plus courantes, comme l'ablation de la vésicule biliaire et l'hystérectomie.

Dans ce contexte, une revue systématique des comptes rendus de recherche, la compréhension de la répartition actuelle des volumes au Canada et une meilleure information sur les résultats pour les patients dans les hôpitaux individuels pourraient produire des éléments qui appuieraient les décisions sur la façon de mieux organiser les services de santé et répartir les ressources.



Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Comment les taux de mortalité (ajustés en fonction de l'âge, du sexe et des comorbidités) dans les 30 jours suivant une première hospitalisation pour un IAM ou un ACV se comparent d'un bout à l'autre du pays.
- Comment les taux de réadmission (ajustés en fonction de l'âge, du sexe et des comorbidités) dans les 28 jours suivant une première hospitalisation pour un IAM, l'asthme, une hystérectomie et une prostatectomie, se comparent d'un bout à l'autre du pays.
- Comment les taux relatifs de survie sur cinq ans pour le cancer du sein, de la prostate, du côlon et du rectum, et du poumon se comparent entre les provinces.
- Les statistiques sur les transplantations et les dons d'organes, ainsi que la survie à long terme des receveurs de rein, de foie et de cœur.
- Pour différents types de chirurgie, combien de cas sont traités dans les milieux à volume élevé et à faible volume.

Ce que nous ignorons

- Qu'est-ce qui explique les différences régionales dans la mortalité, les réadmissions et la survie?
- Pour quelles chirurgies, s'il en est, les hôpitaux qui traitent un petit nombre de cas exposent-ils les patients à des risques plus élevés de complications et de décès? Pour ces interventions, quel est le nombre optimal ou minimum qu'un hôpital devrait effectuer pour dispenser des soins efficacement et sans danger? Combien de décès pourraient être prévenus si les chirurgies étaient pratiquées dans les centres à volume élevé? Quels autres compromis faudrait-il faire si les interventions chirurgicales étaient centralisées?
- Quel est le lien entre ce que nous dépensons pour des interventions précises et les bienfaits qu'elles apportent?
- Quel est l'état de santé des patients trois, six et 12 mois après la plupart des types de chirurgie?

Ce qui se passe

- Santé Canada et l'Association canadienne de normalisation unissent leurs efforts pour élaborer et publier des normes claires, transparentes et responsables en vue d'améliorer les pratiques de dons d'organes et de tissus au Canada. Les normes devraient être prêtes en 2003.
- Les premiers ministres provinciaux et territoriaux et le premier ministre du Canada ont convenu de surveiller la survie à long terme à la suite d'un IAM ou d'un ACV, là où c'est possible, et de faire rapport d'ici septembre 2002.
- Des chercheurs de l'Université de l'Alberta continuent d'étudier les bienfaits à long terme de la transplantation des îlots de Langerhans sur les diabétiques de type 1. En date d'octobre 2001, 12 des 15 patients participants n'avaient pas besoin d'insuline. Un hôpital à Vancouver a aussi entrepris une étude de recherche similaire.
- À la suite de leur réunion de janvier 2002 à Vancouver, les premiers ministres ont demandé à leurs ministres de la Santé d'élaborer un plan d'action pour la mise en œuvre de centres d'excellence pour les interventions à faible volume, comme la pédocardiologie et la chirurgie au scalpel gamma. Le plan d'action devrait être déposé à la réunion des premiers ministres en août 2002.
- L'ICIS et les Instituts de recherche en santé du Canada coparrainent des recherches pour estimer l'ampleur des erreurs attribuables au système de santé au Canada.

Pour en savoir davantage

- ¹ Goetze J. (2000). The JCAHO timeline. A Newsletter from Medical/Legal Consultants of Colorado, 2(5), 4-5. www/medical-legal-consultants.com/newsletter
- ² Fondation des maladies du cœur du Canada. (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*. Ottawa : Fondation des maladies du cœur du Canada. www.cihi.ca/french/pdf/fr_estim.pdf
- ³ Alter DA, Naylor CD, Austin P, Tu JV. (1999). Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1359-1367.
- ⁴ Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Les soins de santé au Canada 2001*. Ottawa : ICIS.
- ⁵ Tu JV, Austin P, Naylor D, Iron K, Zhang H. (1999). Acute myocardial infarction outcomes in Ontario. In Naylor CD, Slaughter PM (Eds). *Cardiovascular Health and Services in Ontario: An ICES Atlas*. Toronto : Institut de recherche en services de santé.
- ⁶ Johansen H, Nair C, Mao L, Wolfson, M. (2002). Revascularisation et issues des crises cardiaques. *Rapports sur la santé*. 13(2), 35-46.
- ⁷ Kapral MK, Wang H, Mamdani M, Tu JV. (2002). Effect of socioeconomic status on treatment and mortality after stroke. *Stroke*, 33: 268-275.
- ⁸ Stroke Unit Trialists' Collaboration. (2001, April). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. www.update-software.com/abstracts/ab000197.htm
- ⁹ Stroke Unit Trialists' Collaboration. (1997). Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *British Medical Journal*, 314, 1151-1159.
- ¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé. (2001). Clinical utilization and outcomes. In *Hospital Report 2001: Acute Care*. Ottawa : ICIS.
- ¹¹ Benbassat J, Taragin M. (2000). Hospital readmissions as a measure of quality of health care: Advantages and limitations. *Archives of Internal Medicine*, 160(8), 1074-1081.
- ¹² Dönges K, Schiele R, Gitt A, Wienbergen H, Schneider S, Zahn R, Grube R, Baumgartel B, Glunz HG, Senges J. (2001). Incidence, determinants, and clinical course of reinfarction in-hospital after index acute myocardial infarction (results from the pooled data of the Maximal Individual Therapy in Acute Myocardial Infarction (MITRA), and the Myocardial Infarction Registry (MIR). *American Journal of Cardiology*, 87(9), 1039-1044.
- ¹³ Heller RF, Fisher JD, D'Este CA, Lim LL, Dobson AJ, Porter R. (2000). Death and readmission in the year after hospital admission with cardiovascular disease: the Hunter Area Heart and Stroke Register. *Medical Journal of Australia*, 172(6), 261-265.
- ¹⁴ McCaul KA, Wakefield MA, Roder DM, Ruffin RE, Heard AR, Alpers JH, Staugas RE. (2000). Trends in hospital readmission for asthma: has the Australian National Asthma Campaign had an effect? *Medical Journal of Australia*, 172(2), 62-66.
- ¹⁵ Ashton CM, Del Junco DJ, Soucek J, Wray NP, Mansur CL. (1997). The association between the quality of inpatient care and early readmission: a meta-analysis of the evidence. *Medical Care*, 35(10), 1044-1059.
- ¹⁶ Maynard C, Every NR, Weaver WD. (1997). Factors associated with rehospitalization in patients with acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 80(6), 777-779.
- ¹⁷ Baker GR, Anderson GM, Brown AD, McKillop I, Montgomery C, Murray MA, Pink GH. (1999). *The Hospital Report '99: A balanced scorecard for Ontario acute care hospitals*. Toronto : Association des hôpitaux de l'Ontario.
- ¹⁸ Institut national du cancer du Canada. (2001). Statistiques canadiennes sur le cancer 2001. Toronto, Canada. <http://66.59.133.166/stats/pdf/stats01f.pdf>
- ¹⁹ Morrison H, Schanzer D. (1999). À la hauteur : Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada. www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/measuring/mu_g_f.html
- ²⁰ Humar A, Leone JP, Matas, AJ. (1997). Kidney transplantation: A brief review. *Frontiers in Bioscience*, 2, 41-47. www.bioscience.org/1997/v2/e/humar/humar.pdf
- ²¹ Clinical Islet Transplant Program. (2002). History of the Islet Transplant Program. www.med.ualberta.ca/islet/hist.html
- ²² Association canadienne du diabète. (Le 19 octobre 2001). The Edmonton Protocol: Islet cell transplantation one year later. Ottawa : Association canadienne du diabète. www.newswire.ca/releases/October2001/19/c7240.html
- ²³ Institut canadien d'information sur la santé. (Août 2001). *Rapport de 2001, volume 2 : Dons et transplantations d'organes, Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*. Ottawa : ICIS.
- ²⁴ United Network for Organ Sharing. (2002). Living donation: An overview. www.unos.org/Newsroom/critdata_livingdonor.htm

- ²⁵ Tarantino A. (2000). Why should we implement living donation in renal transplantation? *Clinical Nephrology*, 53(4), 55-63.
- ²⁶ Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Évaluer le nombre de donneurs d'organes cadavériques potentiels au Canada et dans les provinces, de 1992 à 1998 : Un document de travail*. Ottawa : ICIS. www.cihi.ca/french/pdf/fr_estim.pdf
- ²⁷ Groupe de consultation publique sur la xénotransplantation. (2001). *La transplantation de l'animal à l'humain : le Canada doit-il donner son feu vert?* Ottawa : Association canadienne de santé publique. www.xeno.cpha.ca/francais/execsumm/execsumf.pdf
- ²⁸ Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. (2000). Selective referral to high-volume hospitals: Estimating Potentially Avoidable Deaths. *Journal of the American Medical Association*, 283(9), 1159-1166.
- ²⁹ Hamilton BH, Ho V. (1998). Does practice make perfect? Examining the relationship between hospital surgical outcomes for hip fracture patients in Quebec. *Medical Care*, 36(6), 892-903.
- ³⁰ Simunovic M, To T, Theriault M, Langer B. (1999). Relation between hospital surgical volume and outcome for pancreatic resection for neoplasm in a publicly funded health care system. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 160(5), 643-648.
- ³¹ Province du Manitoba. (2000). The Pediatric Cardiac Surgery Inquest Report. www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/toc/toc.html.
- ³² Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. (2002). Les provinces tracent la voie pour l'avenir des services de santé. *Rencontre provinciale-territoriale des premiers ministres les 24 et 25 janvier 2002, communiqué*. www.scics.gc.ca/cinfo02/850085004_f.html
- ³³ Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch G, Wennberg DE. (2002). Hospital volume and surgical mortality in the United States. *New England Journal of Medicine*, 346(15), 1128-1137.
- ³⁴ Epstein, AM. (2002). Volume and outcome—It is time to move ahead. *New England Journal of Medicine*, 346(15), 1161-1164.
- ³⁵ Laffel G, Barnett AI, Finkelstein S, Kaye MP. (1992). The relationship between experience and outcome in heart transplantation. *New England Journal of Medicine*, 327, 1220-1225.
- ³⁶ Farley DE, Ozminkowski RJ (1992). The volume-outcome relationships and inhospital mortality: The effect of changes in volume over time. *Medical Care*, 30(1), 77-94.
- ³⁷ Luft HS, Hunt SS, Maerki SC. (1987). The volume-outcome relationship: Practice makes perfect or selective referral patterns? *Health Services Research*, 22(2), 157-182.

5. Santé publique : on veille au grain

Au milieu du XIX^e siècle, presque 600 personnes sont mortes dans une épidémie de choléra à Londres en Angleterre. Selon la croyance populaire, le choléra était transporté par l'atmosphère. Le D^r John Snow a entrepris de prouver qu'il se propageait par l'eau contaminée.

Il a porté son attention vers deux compagnies distributrices des eaux dont la source était la Tamise. Il a ensuite dressé une carte des maisons qui recevaient des eaux de ces compagnies. Le D^r Snow a constaté que les maisons qui recevaient des eaux provenant de la Southwark Company et de la Vauxhall Company avaient connu huit fois plus de décès par choléra que les autres maisons.¹

Quelques mois plus tard, une flambée est survenue dans le quartier Soho. Encore une fois, le D^r Snow a interviewé les membres de la famille des victimes, a parcouru le quartier et a dressé une carte des maisons. Il a constaté que presque tous les décès s'étaient produits dans les maisons voisines d'une pompe à eau au coin des rues Broad et Cambridge.² Convaincu de la relation entre la pompe et les décès, il a demandé aux autorités de désactiver la pompe de la rue Broad. Le nombre de cas de choléra a chuté de façon spectaculaire. Au bout du compte, les découvertes révolutionnaires du D^r Snow ont mené à la législation qui régit la filtration de l'eau potable.

Les événements récents à Walkerton, à North Battleford, et ailleurs, nous rappellent que l'eau salubre est aussi essentielle à la santé aujourd'hui qu'au XIX^e siècle. La santé publique a connu d'impressionnantes victoires depuis cette époque. On a amélioré la santé et réduit le fardeau de la maladie au Canada et dans le monde. Mais l'expérience a démontré qu'on doit toujours faire preuve de vigilance et prendre des mesures pour tirer profit de ces progrès et les maintenir. Et de nouvelles menaces, comme le VIH, voient le jour.

La santé publique s'est toujours attachée à contrôler les maladies infectieuses au moyen de la vaccination, la salubrité des aliments et de l'eau et d'autres activités. Il existe aussi de nombreux programmes pour dépister les maladies à un stade précoce au moyen de dépistages réguliers et pour éduquer les Canadiens sur les comportements personnels qui se répercutent sur la santé. La « nouvelle santé publique » va même plus loin. Elle se préoccupe d'une vaste gamme de déterminants de la santé, dont le développement du jeune enfant, les politiques et les pratiques sociales et les interactions entre les facteurs biologiques, sociaux, culturels et environnementaux.³ Cette approche fait souvent appel à une combinaison d'interventions à divers paliers avec divers partenaires.

Le présent chapitre offre un aperçu de la vaste gamme d'initiatives en santé publique partout au pays.

Une vision internationale de la promotion de la santé

En 1986, des experts des quatre coins du monde ont sanctionné la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.⁴ Sa vision générale des déterminants de la santé et de l'importance de l'action intersectorielle pour la santé contribue toujours aux débats sur les politiques de la santé.

La Charte fait valoir que les conditions et les ressources essentielles à la santé sont : paix, abri, instruction, alimentation et nutrition, revenu, écosystème stable, ressources renouvelables, justice sociale et équité. Elle préconise l'action coordonnée pour élaborer des politiques avisées, créer des environnements favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé.

Enrayer la maladie

Les principales maladies meurtrières du passé — comme la variole, la polio, le choléra, la rougeole et la peste — ont aujourd'hui disparu ou sont très rares au Canada, mais il y a encore des obstacles à surmonter. Par exemple, les maladies transmissibles continuent d'affliger des milliers de Canadiens chaque année. Elles sont transmises directement ou indirectement d'une personne à une autre.

Les programmes de protection de la santé et de prévention des maladies sont conçus pour anticiper, éviter et écarter ces menaces immédiates et imminentes à la santé. Dans la présente section, nous dirigeons notre attention vers quatre exemples — les programmes de surveillance de la salubrité des approvisionnements en eau, de vaccination systématique, de contrôle de la syphilis et de dépistage du cancer.

Salubrité de l'eau potable

La vie dépend de l'eau, mais l'eau contaminée peut tuer. Environ un milliard de gens qui vivent dans des pays en voie de développement sont à risque car leur eau potable est insalubre, selon les estimations des Nations Unies.⁵ La plupart des Canadiens sont plus chanceux. En général, notre eau potable est salubre. Mais, comme en font foi les récents événements, l'entretien des systèmes d'approvisionnement demande des efforts et un engagement soutenus.

Les parasites, les bactéries, les virus et les produits chimiques naturels et fabriqués par l'homme peuvent tous contaminer l'eau potable. Des aliments et de l'eau insalubres peuvent nous rendre malades, attaquant souvent l'estomac ou l'intestin. Chaque année, Santé Canada reçoit des rapports sur le nombre de Canadiens qui sont atteints de maladies d'origine alimentaire ou hydrique. La campylobactériose, la salmonellose et la lambliaose étaient les maladies rapportées le plus souvent en moyenne entre 1994 et 1998.⁶ De nombreux cas ne sont pas déclarés, en partie parce que les gens dont les symptômes sont bénins ne consultent pas un professionnel de la santé pour se faire soigner. En fait, Santé Canada estime qu'aussi peu que 10 % des cas sont déclarés.⁷ De même, des chercheurs en Ontario estiment que seulement un cas sur entre quatre à huit de maladie liée à la bactérie E-coli est rapporté.⁸

Les troubles gastro-intestinaux ne sont pas tous causés par des agents pathogènes d'origine hydrique, mais des professionnels de la santé publique ont établi un lien dans un certain nombre de cas. Par exemple, une étude récente de l'eau à Vancouver a conclu que des agents pathogènes d'origine hydrique étaient présents dans les approvisionnements d'eau et avaient contribué à des cas de troubles gastro-intestinaux à Vancouver.⁹ Depuis 1985, 18 flambées de maladies d'origine hydrique se sont produites Colombie-Britannique seulement.¹⁰ De même, un puits d'alimentation contaminé par la bactérie E-coli était à l'origine de 1 346 cas déclarés de gastro-entérite et de sept décès à Walkerton en Ontario en mai 2000.¹¹ Environ un an plus tard, North Battleford, Saskatchewan, a été la scène d'une flambée de cryptosporidiose.¹² Dans ce cas, un bris de machine à une station de traitement d'eau a permis à un parasite de s'infiltrer dans l'eau. Entre 5 800 et 7 100 personnes — presque la moitié de la population de la localité — sont tombées malades.

Les leçons de Walkerton

L'expérience de Walkerton a servi de leçon amère au reste du pays. Le juge O'Connor a dirigé la commission d'enquête chargée de déterminer ce qui s'était passé. Son récent rapport contient toute une série de recommandations visant à assurer la salubrité des approvisionnement en eau. En voici quelques-unes :

- Tous les postes vacants de médecin hygiéniste dans la province doivent être comblés. Les rôles des médecins hygiénistes locaux doivent être clarifiés et renforcés.
- La Direction de la santé publique du ministère doit continuer à surveiller les tendances de la non-conformité des conseils de santé publique sur une base annuelle afin d'évaluer si les directives en matière de programmes et de services doivent être changées pour en assurer l'observation.
- Le gouvernement doit allouer les ressources adéquates pour que les inspections soient rigoureuses et efficaces.
- La Direction de la santé publique doit fournir des conseils écrits aux médecins hygiénistes, y compris les étapes à suivre à la réception des rapports d'inspection et des résultats de test des échantillons d'eau.
- Des réunions doivent être organisées régulièrement pour discuter des questions de santé publique.
- Un protocole sur les avis de faire bouillir l'eau doit être élaboré pour décrire les circonstances dans lesquelles un avis doit être émis.
- Le ministère de l'Environnement doit énoncer les critères pour identifier les nappes d'eau souterraines sous l'influence directe des eaux de surface et pour tenir à jour l'information sur la qualité des sources.
- La surveillance continue du chlore et de la turbidité doit être mise en œuvre.
- Tous les certificats et les approbations doivent être limités à cinq ans et soumis au renouvellement avec des conditions additionnelles.
- Des inspections prévues et imprévues doivent être effectuées. Les inspections imprévues doivent avoir lieu au moins une fois tous les trois ans. Les réseaux d'aqueduc des municipalités et les systèmes présentant des lacunes importantes doivent être inspectés au moins une fois par année. Le ministère de l'Environnement doit établir et appliquer des calendriers pour la préparation et la remise des rapports d'inspection.
- La certification des opérateurs des réseaux d'aqueduc doit être normalisée.
- Le gouvernement doit définir clairement la formation et la mettre en œuvre et le ministère de l'Environnement doit allouer les ressources suffisantes à la formation technique.

Assurer la salubrité de l'eau potable

Lorsque l'eau coule d'un robinet, elle a souvent déjà fait un long parcours dans un réseau complexe d'approvisionnement en eau. Que la source soit un ruisseau souterrain ou une nappe d'eau de surface, l'eau peut être contaminée n'importe où entre la source et le robinet.

La qualité de l'eau sur les réserves des Premières Nations

Pour la plupart des Canadiens, l'eau potable est à portée de la main, mais ce n'est pas le cas pour tous. En 1978, presque la moitié (environ 47 %) des logements sur les réserves du Canada n'avaient pas accès à des systèmes d'approvisionnement en eau.¹³ En 1994-1995, presque tous les logements (94 %) étaient branchés à un réseau qui respectait les normes minimales selon le ministère des Affaires indiennes et du nord.

Néanmoins, en 1995, une étude des 863 systèmes d'approvisionnement en eau sur les réserves a relevé certains problèmes.¹⁴ Un système sur cinq (20 %) avait des problèmes qui pouvaient éventuellement affecter la santé, et un sur 20 (5 %) avait besoin de réparations ou d'améliorations majeures. De plus, plus du quart (26 %) avaient des problèmes non liés à la santé, comme la capacité ou encore l'odeur ou le goût de l'eau.

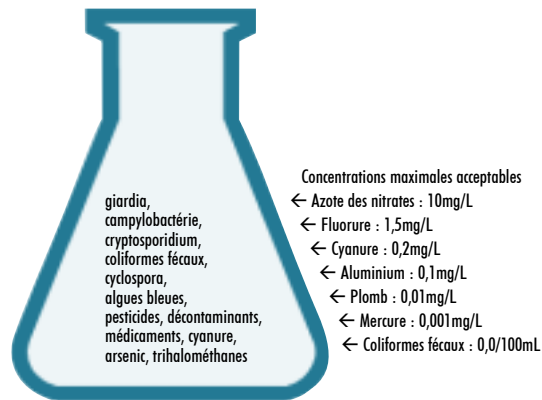
Le gouvernement fédéral rapporte que des mesures ont été prises pour régler plusieurs de ces questions.¹³ Et plus des trois quarts des membres des Premières Nations et des Inuits interrogés (78 %) ont dit qu'ils ont noté certaines ou de bonnes améliorations dans les réseaux d'eau et les installations d'égouts sur les réserves entre le milieu de 1995 et le milieu de 1997.¹⁵ Mais les systèmes d'eau potable sur les réserves connaissent encore des problèmes, rapporte l'Assemblée des Premières Nations.¹⁶

Le Sous-comité fédéral-provincial-territorial sur l'eau potable a émis le *Résumé des recommandations pour la qualité de l'eau potable*.¹⁷ Les paramètres de base s'appliquent à tous les systèmes d'eau : public, semi-public et privé. Les recommandations énoncent la concentration maximale acceptable de nombreux agents microbiologiques, chimiques, physiques et radiologiques dans l'eau potable salubre.

Ce qui se trouve dans notre eau potable et ce qui pourrait s'y trouver

50

L'ouvrage intitulé *Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada* présente les concentrations maximales acceptables pour les produits chimiques et les organismes microbiologiques dans notre eau. Conformément à ces recommandations, aucun coliforme, comme l'E-coli, ne doit être relevé dans notre alimentation en eau. Diverses quantités de produits chimiques sont permises, et ce, d'après leur incidence prévue sur notre santé. Certains produits chimiques, dont le calcium, sont perçus comme ne posant aucun risque pour la santé et ne font alors pas partie des recommandations. D'autres agents non visés dans les recommandations, sous forme naturelle et anthropique, peuvent également être relevés dans l'eau. Dans certaines situations, certains de ces produits — dont la giardia, la campylobactérie et le cryptosporidium — peuvent affecter notre santé.



Source : Adaptation des *Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada*, mars 2001.

Tous les secteurs de compétence réglementent et surveillent leurs approvisionnements en eau potable, mais ils ne le font pas tous de la même façon. Dans la plupart des cas, la surveillance directe de la qualité de l'eau est une responsabilité locale, municipale (les municipalités sont souvent les propriétaires-exploitants des stations de traitement d'eau). Le cadre de réglementation de la surveillance varie d'un endroit à un autre. Par exemple, seulement trois provinces appliquent les *Recommandations* comme étant leur norme; trois exigent la formation ou l'accréditation des opérateurs; cinq ont recours à des laboratoires d'essais certifiés ou accrédités; six font appel à des laboratoires ou à des organismes d'essais provinciaux; et huit provinces et territoires obligent la stérilisation.¹⁸

Certains Canadiens optent pour l'eau embouteillée. Dans un sondage réalisé en 1999, environ 40 % des Canadiens ont déclaré boire de l'eau embouteillée à la maison.¹⁹ Nous avons bu en moyenne plus de 23 litres d'eau par personne en 1998, soit cinq

de plus qu'en 1995.²⁰ À titre de comparaison, nous avons consommé quatre fois plus de boissons gazeuses, d'alcool (pour la population âgée de 15 ans et plus) et de café.

Au Canada, la *Loi sur les aliments et les drogues* réglemente l'eau embouteillée et la glace préemballée. En 2000, l'Agence canadienne d'inspection des aliments a revu les pratiques de 125 installations d'embouteillage.²¹ La majorité d'entre elles répondaient aux critères d'évaluation, mais environ 11 % ont dû prendre des mesures additionnelles pour s'assurer que les contrôles appropriés étaient en place.²¹ Dans une étude connexe de l'eau embouteillée vendue dans les commerces de détail, les 148 échantillons testés étaient satisfaisants.

Avis de faire bouillir l'eau — Une solution immédiate mais temporaire?

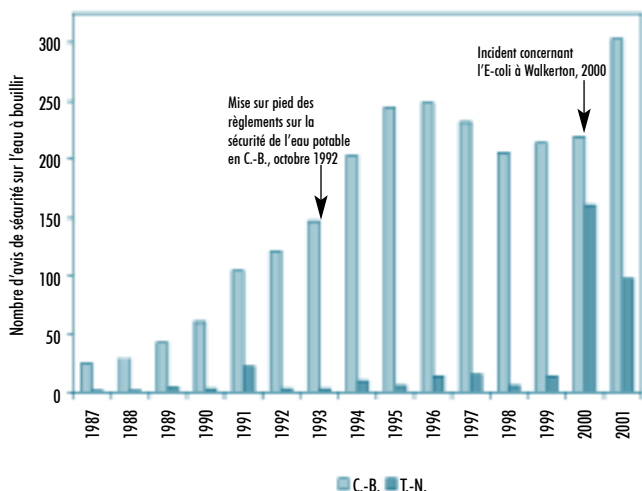
Que se passe-t-il quand l'eau est contaminée? Si une bactérie est en cause, bouillir l'eau peut être suffisant. Par conséquent, les départements de santé ou les autorités régionales et locales émettent souvent des avis de faire bouillir l'eau quand ils prennent connaissance des problèmes. Ces avis publics sont souvent diffusés à la radio locale ou nationale, à la télévision locale, au moyen de dépliants ou d'autres méthodes.

Dans le cas d'une flambée de maladie, les autorités gardent l'avis en vigueur jusqu'à ce que les taux de maladie dans la collectivité reviennent à ce qu'ils étaient avant la flambée. Par exemple, l'avis de faire bouillir l'eau émis par le département de santé de Bruce-Grey-Owen Sound par rapport aux problèmes à Walkerton est demeuré en vigueur pendant 199 jours. La vigilance accrue aux maladies d'origine hydrique qui en a découlé a peut-être eu des retombées dans le reste du pays. Ainsi, la Colombie-Britannique et Terre-Neuve ont surveillé le nombre d'avis de faire bouillir l'eau pendant plusieurs années. Après la tragédie de Walkerton, leur nombre a grimpé en flèche dans les deux provinces.

Faire bouillir notre eau

51

Lorsqu'on observe des niveaux élevés de certains contaminants dans l'eau potable, les représentants de la santé publique peuvent présenter des avis de sécurité visant à faire bouillir l'eau. Le nombre d'avis de sécurité présentés au cours d'une période donnée varie selon de nombreux facteurs. Parmi des exemples possibles, mentionnons d'autres tests à effectuer, une autre contamination de l'eau ou les autorités au cours des dernières années semblent faire preuve de prudence en communiquant plus d'avis de sécurité. Ce diagramme présente le nombre d'avis de sécurité présentés sur les côtes Est et Ouest du pays (Terre-Neuve et Colombie-Britannique) de 1987 à 2001, ainsi que les deux incidents importants portant sur la qualité de l'eau potable qui ont eu lieu au cours de cette période.



Sources : *Drinking Water Quality in British Columbia: The Public Health Perspective. A Report on the Health of British Columbians.* (2001). Ministry of Health Planning, Office of the Provincial Health Officer; *Boil Water Advisories for Community Water Supplies in Newfoundland and Labrador*, Departments of Environment and of Government Services and Lands, 1987-2001.

Ce que les Canadiens pensent

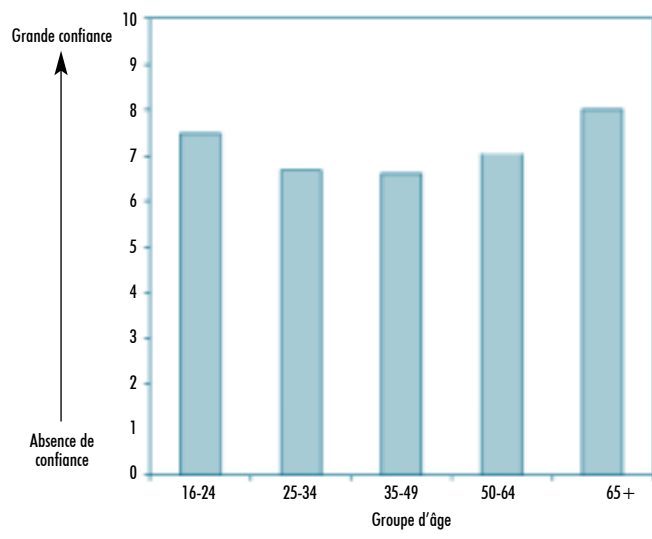
La plupart d'entre nous croyons que l'eau dans notre maison est bonne à boire, selon un sondage Internet réalisé en septembre 2001 auprès d'environ 800 Canadiens.²² En moyenne, les répondants ont donné une note de 6,9 sur une échelle de 10 à leur eau (1 étant « pas du tout confiant » et 10 « très confiant »). Les gens qui ont dit avoir recours à des puits ou à des réseaux municipaux d'approvisionnement en eau étaient beaucoup plus confiants de la salubrité de leur eau (7,7 et 7,3 sur 10, dans l'ordre) que ceux qui ont dit boire de l'eau embouteillée (5,6 sur 10).

Dans un autre sondage effectué en 2001, 68 % des répondants ont déclaré être confiants dans la qualité de leur eau potable.²³ Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de faire partie de ce groupe (37 % versus 29 %). De plus, les Albertains et les Québécois étaient plus confiants dans la qualité de l'eau du robinet que les habitants

Confiance à l'égard de l'eau

52

Une enquête nationale menée en 2001 indique que les Canadiens plus jeunes et âgés accordent une plus grande confiance à l'eau potable que ceux des groupes d'âge moyen. Cet écart de confiance peut être attribuable à une expérience personnelle concernant l'alimentation en eau, à une attitude générale envers le système de santé public ou à de nombreux autres facteurs. Ce graphique présente une moyenne des niveaux de confiance sur une échelle de 1 à 10 par groupe d'âge.



Source : Enquête sur l'eau potable, Erin Research Inc. Septembre 2001.

des autres provinces, tandis que les Ontariens étaient les moins confiants.

Une bouffée d'oxygène pour la santé publique

Seul l'assainissement de l'eau a eu plus d'impact sur la santé publique que la vaccination, selon l'Organisation mondiale de la Santé.²⁴ Le premier vaccin a vu le jour en 1798 en Angleterre lorsque Edward Jenner a démontré qu'une injection de vaccine — un virus pas tellement meurtrier — protégeait contre la variole.

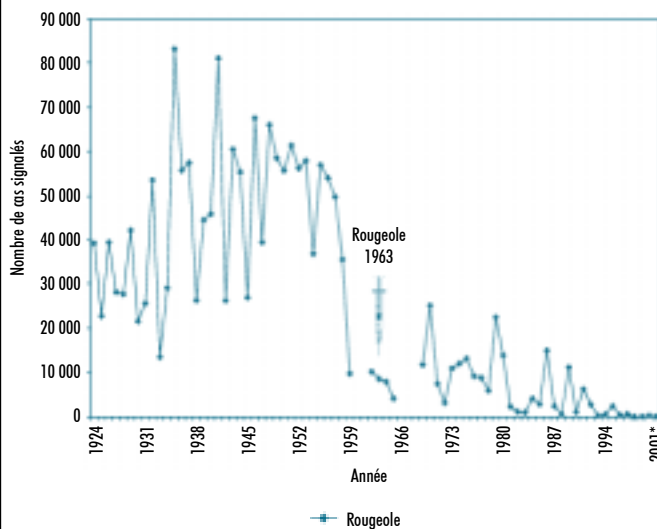
On croit que la variole est apparue en Inde ou en Égypte il y a plus de 3 000 ans. Pendant des siècles, des épidémies ont fait rage partout dans le monde, laissant derrière elles la mort, l'incapacité ou le défigement. Par exemple, dans un sondage réalisé en 1898, 95 % des adolescents au Vietnam avaient des lésions cutanées causées par la variole. Elle était aussi responsable de 90 % de tous les cas de cécité.²⁵

En 1956, l'OMS a lancé une campagne visant à éradiquer la variole. Un quart de siècle plus tard, ils ont déclaré victoire. Des progrès importants ont aussi été réalisés dans le cas d'autres maladies, comme la polio et la rougeole. Malgré tout, la surveillance continue des maladies transmissibles demeure critique. Seule la vigilance peut détecter des épidémies à un stade précoce et les endiguer.

deux, quatre, six et 18 mois. Un vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole) à deux doses est administré à un an et encore à 18 mois. Toutefois, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, au Manitoba et en Alberta, les enfants reçoivent une dose de rappel entre quatre et six ans. On note aussi d'autres différences. Ainsi, le vaccin contre l'hépatite B est parfois donné aux nourrissons, parfois aux adolescents.

Lutte contre les maladies d'enfance 53

Le nombre de cas signalés de certaines maladies remonte aussi loin que 1924. Le nombre fluctue d'une année à l'autre, comme en fait foi ce diagramme présentant les cas de rougeole. Regardez ce qui s'est passé depuis l'introduction du vaccin en 1963.



Remarque : Les données de 2000 et de 2001 sont des estimations préliminaires. Il n'existe aucune donnée là où aucune ligne n'apparaît.

Source : Division de surveillance des maladies, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada.

Les calendriers de vaccination continuent d'évoluer avec le temps, en partie grâce à l'introduction de nouveaux vaccins. Par exemple, le vaccin antivaricelleux a été autorisé au Canada en 1998. Il protège entre 70 % et 90 % des personnes vaccinées et les risques d'effets secondaires sont faibles.²⁷

La varicelle frappe surtout les enfants. Dans la plupart des cas, ils s'en remettent rapidement, mais la maladie peut être grave, voire mortelle, particulièrement chez les adultes. Les complications possibles incluent des infections bactériennes de la peau et des tissus mous, la pneumonie et l'encéphalite.²⁸ Les campagnes de vaccination visent à réduire la fréquence de ces complications graves, ainsi que les coûts directs et indirects (p. ex. salaire perdu des parents qui restent à la maison pour soigner un enfant malade).

Certaines provinces ont aussi mis en œuvre des programmes de vaccination systématique des enfants contre la varicelle. Par exemple, les enfants à l'Île-du-Prince-Édouard et dans les Territoires du Nord-Ouest reçoivent un vaccin contre la varicelle à l'âge de 12 mois.²⁶

Le Nunavut prévoit mettre en place un programme similaire à l'été 2002. L'Alberta a également mis le vaccin en place par étapes dans le cadre de son calendrier de vaccination systématique. En avril 2001, les élèves de 5^e année, les travailleurs de la santé, les familles dont un des membres est immunosupprimé et les femmes en période postnatale qui étaient à risque avant l'accouchement, sont devenus admissibles à recevoir le vaccin. Trois mois plus tard, les enfants d'un an nés en 2000 ont été ajoutés à la liste. Et à compter d'avril 2002, les petits Albertains reçoivent le vaccin contre la varicelle en même temps que leur dose de rappel préscolaire s'ils sont âgés d'au moins quatre ans.

Protéger les enfants canadiens

Les enfants canadiens sont systématiquement vaccinés contre neuf maladies : la polio, la coqueluche, le tétanos, la diphtérie, l'hémophilus influenzae type b (Hib), la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B.

Chaque province et territoire a mis au point un calendrier pour la vaccination des enfants. Ces calendriers sont semblables en beaucoup de points, mais ils présentent quelques différences.²⁶ Par exemple, les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, la polio et l'Hib sont généralement donnés aux enfants à l'âge de

À l'écoute des parents canadiens

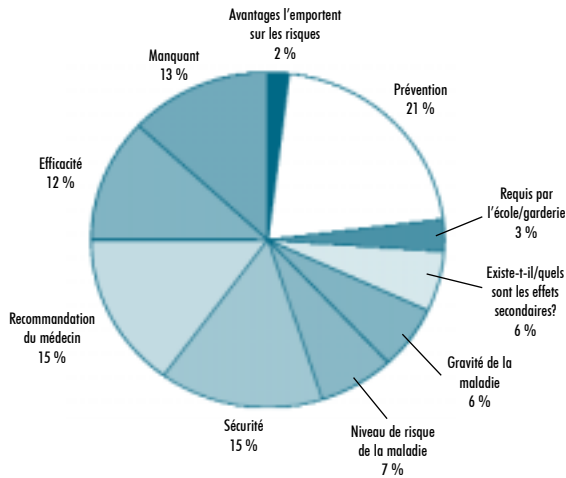
Dans un sondage réalisé en 2001, presque tous les parents canadiens (environ 90 %) ont dit qu'il était important de faire vacciner leurs enfants.²⁹ Plus de 90 % croyaient également que :

- la vaccination des enfants diminuait les pressions sur le système de santé;
- tous les enfants devraient recevoir les vaccins standard;
- ils paieraient eux-mêmes les vaccins pour les enfants;
- le gouvernement devrait financer tous les vaccins.

Facteurs les plus importants dans la décision de vacciner les enfants

54

On a questionné des parents sur leurs attitudes envers la vaccination de leurs enfants dans le cadre d'un récent sondage téléphonique. La plupart ont déclaré que le vaccin pour leurs enfants était très important. Ils ont affirmé que plusieurs facteurs avaient contribué à éclairer leur décision sur la vaccination de leurs enfants. La prévention des maladies, les recommandations du médecin et la sécurité des vaccins ont été citées le plus souvent comme facteur à envisager.

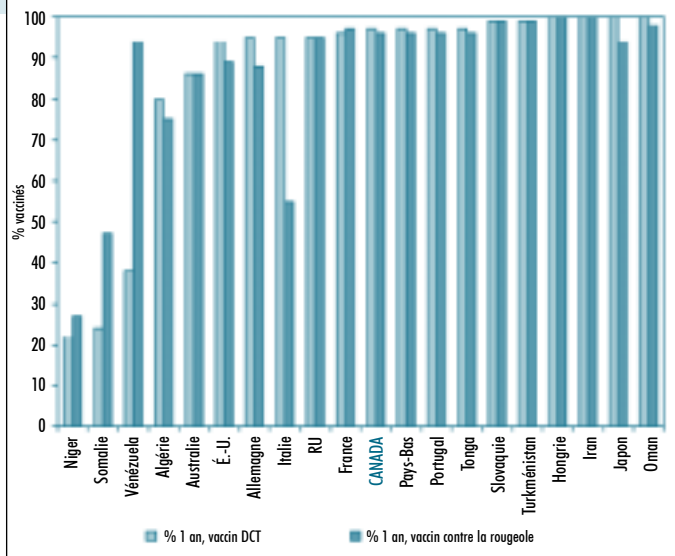


Source : Enquête canadienne sur l'immunisation — la Coalition pour l'Association canadienne de santé publique en consultation avec la Coalition pour le programme canadien de promotion de la vaccination et la Coalition canadienne pour l'immunisation contre l'influenza. (2001). *The Value of Immunization in the Future of Canada's Health System*. Présentation à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Vaccination des enfants jusqu'à l'âge d'un an

55

En tant que signataire de la *Déclaration du Sommet mondial des enfants de 1990*, le Canada a établi des objectifs de couverture vaccinale. Le Canada a atteint dans une proportion de 95 à 97 % ses taux de vaccination fixés pour les enfants jusqu'à un an pour le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT) et la rougeole, mais certains pays ont été en mesure d'obtenir des taux encore plus élevés de vaccination des enfants pour ces maladies. Les autres, y compris plusieurs pays du G7, ont des taux moins élevés, comme l'indique ce graphique.



Source : *La situation des enfants dans le monde, 2000*. UNICEF.

Les adultes et le vaccin contre la grippe

En général, la grippe survient rapidement et apporte avec elle maux de tête, fièvre, frissons, toux, douleurs musculaires et fatigue. Les gens en bonne santé s'en remettent normalement en quelques jours. Par contre, chez certaines personnes, les complications causées par la grippe peuvent être beaucoup plus graves, voire mortelles.

Le vaccin contre la grippe non seulement protège contre cette maladie, mais il peut aussi atténuer les symptômes si on la contracte. Il aide également à enrayer la transmission de personne à personne. Étant donné que le virus change d'une année à l'autre, les gens doivent être vaccinés chaque année pour bénéficier de l'effet de protection.

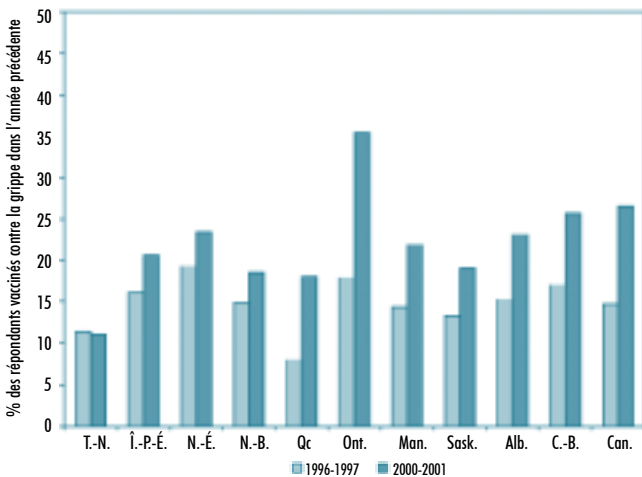
En 2000-2001, Statistique Canada a demandé aux Canadiens s'ils avaient été vaccinés contre la grippe au cours de l'année précédente. Environ deux personnes âgées sur trois (65 %) ont dit l'avoir été, par rapport à 51 % en 1996-1997. Les taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées s'échelonnaient entre 45 % à Terre-Neuve et 71 % en Nouvelle-Écosse.

Les taux de vaccination sont en hausse. Dans l'ensemble en 2000-2001, 27 % des

Qui est vacciné contre la grippe?

56

Selon l'Enquête 2000-2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes, plus de Canadiens sont vaccinés contre la grippe qu'il y a cinq ans. La moyenne nationale globale est passée d'un peu moins de 15 % chez les adolescents et les adultes en 1996-1997 à plus de 27 % en 2000-2001.



Sources : Enquête nationale sur la santé de la population (1996-1997); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), Statistique Canada.

Canadiens de 12 ans et plus ont dit avoir été vaccinés contre la grippe au cours de l'année précédente, une augmentation par rapport à un peu moins de 15 % en 1996-1997. Cette poussée globale est peut-être attribuable en partie aux vastes campagnes de sensibilisation du public et à la couverture gouvernementale plus étendue des coûts du vaccin. Presque toutes les provinces et les territoires financent les vaccins contre la grippe pour les gens dans des groupes à risque ou pour ceux qui sont en contact avec les groupes à risque. Certaines vont plus loin. En Ontario par exemple, le gouvernement paie les vaccins contre la grippe pour tous les résidents depuis 2000.

Qui peut recevoir gratuitement un vaccin contre la grippe?

57

En mars 2000, la plupart des provinces et territoires offraient un programme de vaccination contre la grippe financé par les fonds publics pour les groupes à risques élevés, comme il est présenté dans ce tableau. Plusieurs provinces avaient prévu élargir leur programme pour viser un plus grand nombre de groupes à ce moment-ci. Dans certains cas, comme en Ontario, des programmes récents ont été élargis pour cibler tous les résidents.

Groupes à risque	T.-N.	N.-É.	N.-B.	Î.-P.-É.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T. N.-O.	Non.
≥ 65	●	●	○	X	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Pensionnaire d'un établissement de soins de longue durée	●	●	●	X	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Soins chroniques cardiaques et/ou troubles pulmonaires	●	●	●	X	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Conditions chroniques telles que le diabète, le cancer, une maladie rénale, l'anémie, l'hémoglobinopathie, l'immunodéficience	●	●	●	X	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Âge : 6 mois à 18 ans et ayant eu un traitement à l'AAS pendant de longues périodes	●	●	●	X	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Infection au VIH	●	●	●	X	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Risque élevé de complications dues à la grippe, s'apprête à voyager à l'étranger	X	X	X	X	X	X	●	X	●	●	●	X	X
Travailleurs en contact fréquent avec les personnes à risque dans les :													
1. hôpitaux	○	X	X	X	●	●	●	○	●	●	●	X	●
2. établissements de soins de longue durée	○	●	X	X	●	●	●	○	●	●	●	X	X
3. autres milieux de soins de santé	○	X	X	X	●	●	●	○	●	●	●	X	X
Autres membres du personnel dans des :													
1. hôpitaux	○	X	X	X	●	●	●	X	X	●	●	X	X
2. établissements de soins de longue durée	○	●	X	X	●	●	●	X	X	●	●	X	X
3. établissements de soins de santé	○	X	X	X	●	●	●	X	X	●	●	X	X
Contact familial avec les personnes qui ne peuvent être vaccinées	X	●	X	X	●	○	●	X	●	●	●	X	X
Dispensateurs de services essentiels	X	X	X	X	X	●	X	X	X	X	●	X	X

● Groupe à risque couvert par un programme financé par le secteur public
○ Élargissement du programme prévu pour inclure certains groupes
X Groupe à risque non couvert
* ≥ 55

Source : Squires SG, Pelletier L. (2000). Le financement public des programmes d'immunisation contre la grippe et les infections à pneumocoque au Canada : Évolution de la situation. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 26 (17), 141-148.

Syphilis : l'espoir et la menace

Il n'y a pas si longtemps, les experts canadiens en santé publique ont fait des rapports encourageants sur la possibilité de l'élimination de la transmission de la syphilis.³⁰ Le nombre de nouveaux cas au Canada avait diminué depuis les années 1940. Le taux national se situait entre 0,4 et 0,6 par 100 000 habitants entre 1994 et 2000.³¹ Ces tendances, ainsi que les caractéristiques de la maladie et la disponibilité de traitements efficaces, permettaient de croire que la syphilis deviendrait la première maladie transmissible sexuellement à être éradiquée, disait-on.

Mais la menace n'a pas encore été écartée. Les projections, qui s'appuient sur les neuf premiers mois de données, semblent indiquer une recrudescence en 2001. Le taux pourrait atteindre 0,9 par 100 000 habitants.³¹ Les taux sont en hausse chez les hommes comme chez les femmes. Diverses parties du pays ont récemment connu des flambées locales, dont celle associée à l'industrie du sexe dans l'est du centre-ville de Vancouver qui a commencé au milieu de 1997. En dépit des nombreuses initiatives des autorités de la santé publique, le nombre de cas de syphilis infectieuse en Colombie-Britannique en 2001 (177) était presque 10 fois plus élevé qu'en 1996 (18 cas rapportés).³²

La santé des femmes : le dépistage du cancer du sein et du col utérin

Le principe de la plupart des programmes de dépistage est simple — la détection précoce d'une maladie ou de la présence de facteurs de risque peut signifier l'accroissement de l'efficacité de la prévention ou du traitement. Dans certains cas, on peut complètement prévenir une maladie ou au moins atténuer considérablement ses effets.

Dans certains cas, le dépistage s'impose. Dans d'autres, il n'est pas approprié. Son importance relative dépend de la fréquence de la maladie dans la population cible, de la probabilité que le test la détecte lorsqu'elle est

présente mais pas autrement, de l'existence de stratégies efficaces de prévention ou de traitement, et de nombreux autres facteurs.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs évalue les faits entourant ce qui doit être inclus et ce qui doit être exclus des examens de santé périodiques des Canadiens d'âge différent. Ses recommandations englobent le dépistage systématique des cancers du sein et du col utérin.

Environ 1 400 nouveaux cas de **cancer du col utérin** seront diagnostiqués au Canada cette année.³³ Il s'agit d'environ 7,8 cas par 100 000 Canadiennes, une baisse par rapport à 9,6 il y a 10 ans et 12,3 en 1982. Les changements dans un certain nombre de facteurs de risque, comme l'usage du tabac et les pratiques sexuelles, sont peut-être à l'origine de cette tendance.

Les tests de Pap visent à examiner les cellules du col utérin pour des anomalies. Ils sont conçus pour détecter les états cancéreux et précancéreux à un stade précoce pour faciliter le traitement. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande aux femmes de passer un test de Pap régulièrement dès qu'elles deviennent actives sexuellement ou dès l'âge de 18 ans (selon le premier de ces événements) jusqu'à 69 ans.

Le **cancer du sein** est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les Canadiennes.³³ Presque une femme sur 10 sera atteinte du cancer du sein au cours de sa vie et une femme sur 26 risque d'en mourir.³⁴

Utilisée au départ en pratique clinique en 1927, la mammographie, ou visualisation du sein, est employée pour détecter les anomalies du sein. Dans les années 1950 et 1960, la technologie a été améliorée de sorte qu'on pouvait distinguer les anomalies bénignes des malignes.

Des progrès plus récents ont mené à la mise au point d'outils pour les programmes de dépistage de masse. En 1988, la Colombie-Britannique est devenue la première province à mettre en œuvre un programme organisé de dépistage du cancer du sein. Ce type de programme est maintenant offert aux quatre coins du pays, du moins aux femmes âgées entre 50 et 69 ans.

Le débat scientifique se poursuit : qui devrait faire l'objet de dépistage périodique du cancer du sein? Un certain nombre d'études indiquent que la mammographie de dépistage peut réduire le nombre de décès attribuables au cancer du sein, surtout chez les femmes âgées entre 50 à 69 ans.^{35,36,37} D'autre part, selon une revue récente des essais randomisés, il n'y a pas de preuves concluantes qui démontrent que la mammographie diminue les taux de

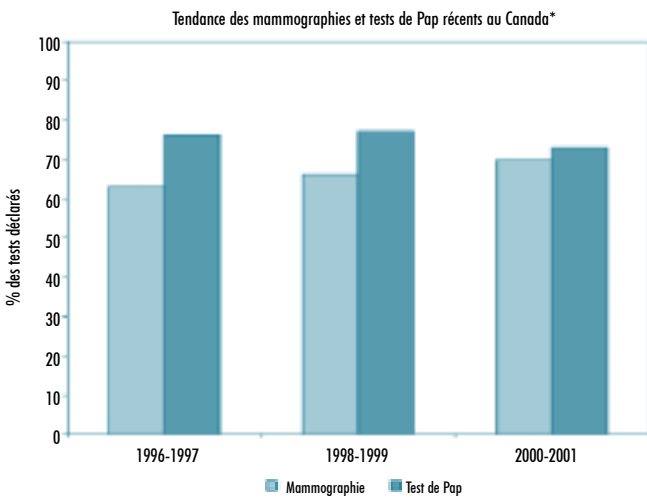
décès et il y a certaines preuves qui indiquent qu'elle peut mener à des traitements plus agressifs.³⁸

Malgré tout, un groupe d'experts récemment formé par l'Organisation mondiale de la Santé a réitéré son appui à la mammographie. Les experts ont convenu que le dépistage peut réduire d'environ 35 % les risques de mourir du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans.³⁹ L'Institut national du cancer aux États-Unis recommande toujours aux femmes de 40 ans et plus de subir une mammographie de dépistage tous les ans ou tous les deux ans.⁴⁰ Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs préconise le dépistage systématique pour un groupe cible plus restreint : les femmes âgées entre 50 et 69 ans.⁴¹

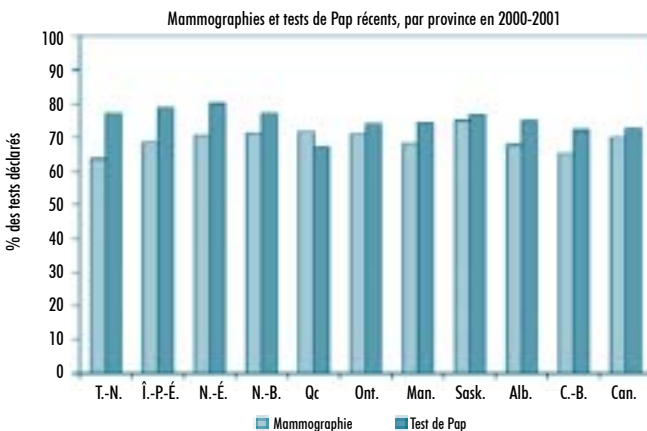


Taux des tests de PAP et des mammographies à l'échelle du pays 58

Au Canada, on recommande aux femmes âgées de 50 à 69 ans de subir une mammographie tous les deux ans. Dans le cas des tests de PAP, la recommandation est tous les trois ans pour les femmes âgées de 18 à 69 ans. Dans l'ensemble, les taux des mammographies récentes augmentent. Environ 70 % des femmes ont déclaré avoir passé récemment une mammographie en 2000-2001 par rapport à 63 % en 1996-1997.



* Exclut les femmes qui l'ignoraient ou celles qui n'ont pas répondu, afin d'assurer la comparabilité entre les années



Sources : Enquête nationale sur la santé de la population (1996-1997 et 1998-1999) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), Statistique Canada.

Qui fait l'objet de dépistage?

Une série de sondages de Statistique Canada a interrogé les femmes sur leur participation aux programmes de dépistage du cancer du sein sur plusieurs années.

Selon l'Enquête 2000-20001 sur la santé dans les collectivités canadiennes, environ 70 % des femmes âgées entre 50 et 69 ans ont dit avoir passé une mammographie dans les deux années précédentes, toutes raisons confondues.⁴² Environ 75 % ont dit l'avoir passée dans le cadre de leur examen de santé régulier ou d'un programme de dépistage systématique. Les autres ont subi une mammographie pour diverses raisons, dont leur âge, les antécédents familiaux, une bosse détectée dans le passé, et d'autres raisons. En 2000-2001 :

- Plus de femmes qui avaient un médecin attitré ont déclaré avoir passé une mammographie que celles qui n'en avaient pas.
- Les femmes à revenu plus élevé et dont les niveaux d'instruction étaient plus élevés étaient aussi plus susceptibles d'avoir passé une mammographie récemment.

Environ 73 % des femmes ont dit avoir passé un test de Pap récemment en 2000-2001. Qu'est-ce qui fait que certaines femmes en passent un régulièrement et d'autres non?

En 2000-2001 :

- Plus de femmes qui avaient un médecin attitré avaient subi un test de Pap récemment (75 %) que celles sans médecin attitré (57 %).
- Les femmes plus âgées (64 %) et plus jeunes (60 %) avaient moins tendance à rapporter un test de Pap récent que celles âgées entre 25 et 54 ans (78 %).
- Les femmes à revenu plus élevé (80 %) et dont les niveaux d'instruction étaient plus élevés (79 %) étaient plus susceptibles d'avoir passé un test de Pap récemment.

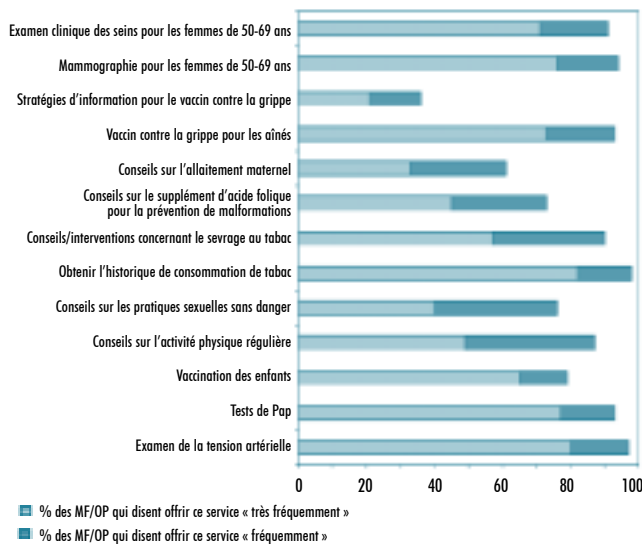
Faire passer le message : un portrait de la promotion de la santé au Canada

Les choix que nous posons favorisent la santé, ou lui nuisent. Toute une série de programmes de promotion de la santé tentent de communiquer aux Canadiens les faits les plus récents sur ce qui aide et ce qui nuit. Des campagnes dans les médias visent à réduire le tabagisme, la consommation abusive d'alcool ou la mauvaise alimentation. D'autres programmes essaient de faire passer le message sur les terrains de jeux, dans les écoles, les milieux de travail, les cabinets des médecins, et ailleurs. Ces initiatives font souvent appel à de nombreux partenaires qui ne proviennent pas tous du secteur de la santé, dont divers paliers de gouvernement, des organismes bénévoles, des groupes confessionnels ou d'entraide, et des gens d'affaires.

Promouvoir la santé et prévenir la maladie dans le cabinet du médecin

59

La plupart des médecins de famille ayant répondu à l'enquête nationale de 2001 auprès des omnipraticiens ont affirmé qu'ils offrent de façon fréquente ou très fréquente divers services de promotion de la santé et de prévention des maladies aux patients, au besoin. L'ampleur de certains services offerts varie dans une certaine mesure, comme il est indiqué dans ce diagramme.



Source : National Family Physician Workforce Survey Database dans le cadre du projet JANUS, Collège des médecins de famille du Canada.

Un avenir en santé

Les preuves sont de plus en plus tangibles : ce qui nous arrive avant de commencer l'école peut profondément affecter notre santé plus tard.⁴³ Par exemple, les chercheurs sont maintenant convaincus qu'il y a un lien entre l'insuffisance de poids à la naissance et la santé et le bien-être de toute une vie. De même, les risques d'être atteints de diabète, d'obésité et de maladies cardiovasculaires ont tous été associés à des facteurs présents dans les années de développement.

Les gouvernements consacrent donc des ressources considérables à l'amélioration de la santé des enfants et de leur famille.⁴⁴ L'objectif est d'offrir à tous les enfants canadiens une base solide au début de leur vie pour qu'ils puissent se bâtir un avenir solide, productif et sain.

Bien sûr, les gouvernements ne sont pas les seuls à promouvoir des avenir en santé pour les enfants canadiens. Prenons l'exemple de la campagne nationale « Dodo sur le dos ». Elle visait à réduire l'incidence du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) ou « mort au berceau » de 10 % sur cinq ans. Comment? En augmentant la sensibilisation des parents, des personnes soignantes et des professionnels de la santé aux facteurs de risque. La campagne a eu recours à des brochures, des annonces publicitaires, des communiqués d'intérêt public, des messages sur les bandes des couches et à d'autres moyens pour diffuser les messages fondés sur les faits.



Est-ce que le programme fonctionne? Il est trop tôt pour se prononcer sur les taux de SMSN, mais les premières recherches sont disponibles sur les tendances de la sensibilisation et des comportements. Les partenaires ont fait un sondage auprès de parents et de parents potentiels avant (en 1999) et après (en 2001) la campagne. Les répondants au dernier sondage étaient plus au courant que les bébés qui dorment sur le dos sont moins à risque. La sensibilisation avait augmenté de 44 % à 66 %. De plus, plus des deux tiers des parents (69 %) plaçaient leur bébé sur le dos pour dormir, une hausse par rapport à 41 % en 1999. Finalement, les chercheurs ont aussi constaté que les professionnels de la santé qui s'occupaient des bébés étaient plus susceptibles de conseiller aux parents la position sur le dos pour dormir (67 % en 2001 contre 21 % en 1999).

Nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que la campagne a causé ces changements. D'autres programmes ou facteurs ont pu alimenter les tendances. Par contre, nous pouvons dire que pendant la durée de la campagne, la sensibilisation et les comportements à l'égard du SMSN du groupe visé ont changé pour le mieux.

Quand arrêteras-tu de fumer?

Le tabagisme demeure l'une des principales menaces à la santé publique au Canada. Les maladies associées au tabagisme sont une source majeure de problèmes de santé, de coûts, de productivité perdue et de décès.

Dans le cadre de l'Enquête 2000-2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes, presque 22 % des Canadiens de 12 ans et plus ont dit qu'ils fumaient des cigarettes chaque jour, dont 13 % des 12-19 ans et 10 % des 65 ans et plus. Le pourcentage de Canadiens qui ont déclaré fumer quotidiennement a diminué, particulièrement depuis 1978-1979. Mais 5,5 millions des 12 ans et plus fument toujours.

Portrait de l'obésité chez les enfants :

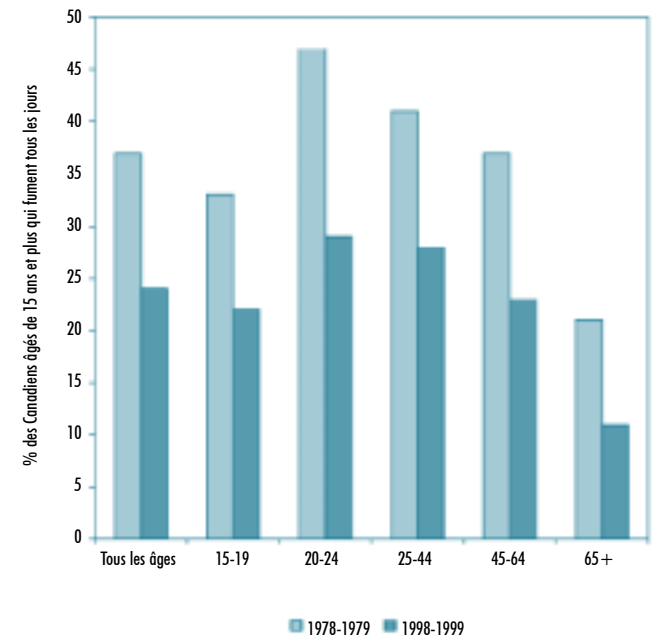
Ce que nous savons...

Ce que nous devons savoir

- Les niveaux d'obésité chez les enfants de 7 à 13 ans ont presque triplé au Canada dans les 20 dernières années.⁴⁶ Ils sont passés de 5 % en 1981 à 16,6 % en 1996 chez les garçons, et de 5 % en 1981 à 14,6 % en 1996 chez les filles.
- Les enfants canadiens sont beaucoup plus susceptibles d'avoir un excès de poids que les Anglais, les Écossais et les Espagnols, entre autres.⁴⁶
- L'obésité chez l'enfant augmente le risque d'obésité à l'âge adulte, associée aux maladies cardiaques, au diabète et à d'autres problèmes de santé.⁴⁷
- Des chercheurs ont estimé que 829,4 millions des 3,5 milliards de dollars consacrés à la santé au Canada en 1997 ont été dépensés pour des problèmes liés à l'obésité.⁴⁸
- L'inactivité est une des grandes responsables de l'obésité chez les enfants. Moins de la moitié des filles et des garçons au Canada sont suffisamment actifs pour en bénéficier sur le plan de la santé.⁴⁹
- Un ensemble croissant de faits indique que les interventions visant à accroître l'activité physique peut contribuer à réduire l'obésité et à prévenir le diabète de type 2.⁵⁰
- Un certain nombre de stratégies visant à prévenir l'obésité, de la petite enfance à l'adolescence et même au-delà, ont été mises en œuvre. Certaines sont concertées et font appel aux familles, aux écoles et aux collectivités. Selon une revue systématique récente, on doit disposer de plus de faits pour déterminer laquelle parmi la vaste gamme des stratégies possibles fonctionne le mieux en quelles circonstances, non seulement en ce qui concerne les effets immédiats sur les enfants mais aussi sur l'obésité et la maladie à l'âge adulte.⁵¹

Les fumeurs canadiens hier et aujourd'hui 60

Selon Statistique Canada, 37 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré fumer de façon quotidienne en 1978-1979. En 1998-1999, seulement 24 % des Canadiens ont signalé fumer de façon quotidienne.



Source : Statistique Canada. (1999). La santé de la population canadienne. Un numéro spécial. Rapports sur la santé, 11 (3), 83-90.

On a investi beaucoup d'efforts et d'énergie au fil des ans à la fois dans la publicité sur les cigarettes et dans l'incitation à arrêter de fumer. On a eu recours à toutes sortes de stratégies pour accroître la sensibilisation aux risques du tabagisme sur la santé et pour promouvoir le renoncement au tabac. Elles n'ont pas toutes été efficaces. En voici des exemples : imposition d'avertissements relatifs à la santé sur les paquets de cigarettes, restriction de la publicité, changements dans les niveaux de taxation, campagnes de sensibilisation publique, counseling de la part des professionnels de la santé, et beaucoup plus.

Photos sur les paquets de cigarettes 61

La cigarette accroît les risques de cancer du poumon, de maladies cardiaques, d'accident cérébrovasculaire, de maladies de la bouche, de bronchite, d'emphysème et même d'impuissance. Les programmes de santé publique ont recours à de nombreuses stratégies pour encourager le sevrage au tabac, y compris l'interdiction d'utiliser les expressions « légère » et « douce » sur les paquets, l'interdiction de commanditer des événements culturels par les compagnies de tabac et l'augmentation des taxes sur les produits de tabac. Récemment, Santé Canada a également exigé que les paquets de cigarettes affichent de gros messages d'avertissement jumelés à des photos graphiques des dommages causés par le tabac.



Il y a aussi bien des aides pour aider les gens à arrêter de fumer : gomme à mâcher à la nicotine, timbre de nicotine, vaporisateur nasal ou inhalateur de nicotine, comprimés de nicotine ou médicaments de prescription. La bonne nouvelle, c'est qu'ils semblent tous fonctionner dans une certaine mesure. Une revue systématique de la documentation en 2001 a conclu que tous les traitements sur le marché peuvent être efficaces dans le cadre d'un plan de renoncement au tabac.⁵² Et la recherche se poursuit. Par exemple, une autre étude publiée en 2001 a examiné dans quelle mesure les gens qui utilisaient différents types d'aides arrêtaient de fumer au moins sept jours pendant la période d'étude. Les chercheurs ont constaté que les taux d'abandon étaient plus élevés parmi ceux qui employaient un timbre

de nicotine ou le médicament de prescription bupropion que parmi ceux qui avaient recours à d'autres méthodes, comme la gomme à mâcher à la nicotine, les inhalateurs de nicotine, l'hypnose, des cours pour arrêter de fumer ou du counseling par téléphone.⁵³

La mauvaise nouvelle, c'est que certaines personnes n'arrêtent jamais, même temporairement, et que d'autres recommencent à fumer.

Réduire les dangers, l'exemple de l'infection au VIH

Le VIH a fait son apparition au Canada vers 1982. Des pratiques sexuelles non protégées sont l'une des façons dont le virus se répand. Accroître la sensibilisation des personnes à risque et influencer leurs comportements sont le point de mire de nombreuses activités de promotion de la santé au Canada et dans le monde. Par exemple, des campagnes récentes dans les médias visant des groupes à risque élevé, comme les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, faisaient la promotion de pratiques sexuelles sûres. On inclut aussi l'information sur le VIH dans les programmes d'éducation en matière de santé à l'intention des adolescents et on distribue souvent des condoms gratuits, y compris à ceux qui participent à des événements comme les Jeux olympiques.

L'infection au VIH peut aussi être transmise au moyen d'aiguilles ou de seringues infectées. Parmi les 23 771 tests positifs au VIH déclarés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de Santé Canada depuis 1985, en regard des catégories d'exposition, presque 16 % étaient attribuables à l'utilisation de drogues injectables.⁵⁴

On a tenté de bien des façons de réduire le risque de transmission du VIH par l'utilisation de drogues injectables. Les programmes d'échange de seringues (PES) constituent une approche plutôt controversée. Ils permettent aux utilisateurs d'échanger des aiguilles ou des seringues usagées contre du matériel d'injection stérile. En date de mai 2001, il y avait environ 200 PES au Canada.⁵⁵

Les opposants croient que les PES peuvent faire du tort en créant de nouveaux réseaux sociaux pour les utilisateurs de drogues injectables, en encourageant les gens à commencer à utiliser des drogues injectables,

en intensifiant la fréquence des injections et en augmentant l'utilisation générale de drogues dans une collectivité.⁵⁶

Les adeptes font ressortir les recherches qui indiquent que les PES ne favorisent pas l'utilisation de drogues.^{57,58} Ils soutiennent aussi que plusieurs études ont démontré que les PES réduisent la propagation du VIH.^{59,60,61} En outre, une revue de la documentation en 2001 a constaté que les deux tiers (28/42) des études publiées faisaient état d'effets positifs des PES, comme la diminution du partage des seringues.⁶² Selon des études récentes à Hamilton et à Edmonton, les coûts des programmes locaux d'échange des seringues étaient largement compensés par les économies dans les soins de santé.^{59,60}

Faire face aux urgences

Les attaques terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis ont renforcé l'importance de la protection civile partout dans le monde. Le système de santé publique joue un rôle important dans la mise en place de mesures pour nous protéger et protéger nos collectivités et notre environnement face à des urgences, peu importe leur ampleur.

Qui intervient?

En général, la responsabilité d'intervenir en cas d'urgence incombe aux municipalités touchées. Selon l'ampleur de l'urgence, les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent être appelés à intervenir. S'ils en ont besoin, ils peuvent demander l'aide du gouvernement fédéral, qui peut faire appel aux Forces canadiennes s'il le faut. Le *Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile du Canada* est l'organisme fédéral responsable de faire face aux situations d'urgence en vertu de la *Loi sur les mesures d'urgence*.⁶⁴ Au besoin, les divers paliers de gouvernement travaillent aussi avec des organismes non gouvernementaux, comme la Croix-Rouge.

Dans le sillage des événements du 11 septembre, plusieurs gouvernements et organismes ont récemment revu et parfois renforcé leurs plans d'urgence. Par exemple, le gouvernement fédéral a annoncé l'octroi de

nouveaux fonds pour améliorer la capacité du Canada à intervenir en cas de crises de santé publique et d'incidents chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires.^{65,66}

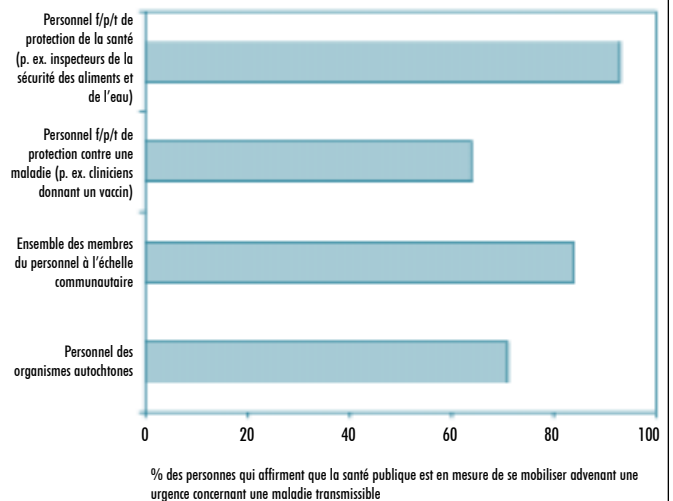
Capacité d'intervention en cas d'urgence : ce que les agents de l'hygiène publique pensent

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont récemment fait un sondage auprès des professionnels de la santé publique sur la capacité de notre système de santé publique d'intervenir face aux questions courantes, nouvelles et urgentes.⁶³ Ils ont défini les forces et les faiblesses du système canadien. Parmi les forces, mentionnons l'expérience, les connaissances et les compétences des travailleurs de la santé publique; la crédibilité du système aux yeux du public; et sa capacité à accéder aux ressources et à les mobiliser. Du côté des faiblesses, ils ont souligné les différences régionales dans les niveaux de service; le manque d'attention accordée aux questions nouvelles, comme la prévention de la maladie et des blessures; et les questions de dotation en personnel dans la santé publique.

Ce que pensent les professionnels de la santé

62

La capacité de mobiliser les ressources et d'y avoir accès est très importante au moment de composer avec des épidémies de maladies transmissibles et d'autres inquiétudes en matière de santé publique. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont demandé que l'on mène en 2001 une enquête sur les moyens importants de notre système de santé publique. La plupart des travailleurs de la santé publique ont affirmé qu'ils croyaient que le système serait en mesure de se mobiliser efficacement advenant une urgence concernant une maladie transmissible. Cependant, le taux de confiance variait sensiblement selon la personne interrogée, comme il est indiqué dans ce graphique.



Source : Comité consultatif sur la santé de la population. (2001). *Survey of Public Health Capacity in Canada, Highlights*. Rapport présenté aux sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Les taux déclarés de certaines maladies transmissibles.
- Dans quelle mesure les Canadiens font confiance à leur eau potable.
- Comment les taux d'administration des vaccins chez les enfants au Canada contre la DCT et la rougeole se comparent à ceux d'autres pays.
- Combien de gens se font vacciner contre la grippe dans diverses régions du pays et quelle est la couverture gouvernementale des vaccins contre la grippe dans chaque province et territoire.
- L'utilisation de certains services de dépistage (p. ex. mammogrammes et tests de Pap) selon la province ou le territoire, et la région sanitaire.
- Les taux auto-déclarés de certains comportements associés à la santé (p. ex. tabagisme, consommation d'alcool et activité physique).

Ce que nous ignorons

- Combien de Canadiens tombent malades chaque année à cause d'aliments ou de l'eau non salubres? Quelles sont les répercussions à court et à long terme de leurs maladies?
- Combien d'enfants reçoivent tous les vaccins recommandés selon le calendrier prévu?
- Laquelle parmi la vaste gamme des stratégies possibles de promotion de la santé, dont plusieurs visent à influencer les résultats pour la santé à très long terme, offre le plus de bienfaits relativement aux ressources qui doivent être engagées?
- Comment les groupes bénévoles, communautaires et d'entraide, ainsi que le monde des affaires, contribuent à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et à la protection de la santé?

Ce qui se passe

- Les premiers ministres provinciaux et territoriaux et le premier ministre du Canada ont convenu de surveiller le caractère adéquat des services de protection et de promotion de la santé, ainsi que d'autres indicateurs, dans leur secteur de compétence respectif, et d'en faire rapport d'ici septembre 2002.
- L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), qui fait partie de l'ICIS, octroie des fonds pour appuyer la recherche et la synthèse de recherche en santé de la population dans un certain nombre de domaines, y compris l'obésité.
- Santé Canada a lancé une nouvelle initiative portant sur l'étude des maladies gastro-intestinales aiguës à l'échelle nationale pour examiner l'ampleur, l'étendue de la sous-déclaration, l'étiologie, le fardeau de la maladie et les facteurs de risque associés aux maladies gastro-intestinales. La première phase du projet consistera à obtenir une estimation précise des niveaux de base de la maladie au Canada, au moyen d'études communautaires de la population et des médecins, et de sondages auprès des unités et des laboratoires de santé publique.
- Le développement d'un réseau national des dossiers de vaccination, y compris la surveillance de la vaccination et des effets indésirables, est en cours. Il devrait être prêt d'ici 2003.

Pour en savoir davantage

- ¹ Lilienfeld DE et Stolley PD. (1994). *Foundations of Epidemiology*, 3rd ed. New York : Oxford University Press.
- ² University of California, Los Angeles Campus. (2001). *Broad Street Pump Outbreak*, Department of Epidemiology, School of Public Health. www.ph.ucla.edu/epi/snow/broadstreetpump.html.
- ³ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1999). *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa : Santé Canada.
- ⁴ Conférence internationale sur la promotion de la santé. (1986). Co-parrainée par l'Association canadienne de santé publique, Santé et Bien-être Canada et l'Organisation mondiale de la Santé. *La Charte d'Ottawa*. www.who.int/inf-fs/fr/am171.html
- ⁵ Programme des Nations Unies pour le développement (2001). *Rapport mondial sur le développement humain 2001 : Mettre les nouvelles technologies au service du développement humain*. www.undp.org/hdr2001/french.
- ⁶ Santé Canada. (2001). *Surveillance des maladies en direct : Maladies à déclaration obligatoire en direct*. Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Ottawa : Santé Canada. cythera.ic.gc.ca/dsol/ndis/index_f.html
- ⁷ Direction générale de l'information de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada. (2001). *Departmental Performance Report 2000-2001, Annex A: Measuring Health in Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- ⁸ Michel P, Wilson JB, Martin SW, Clarke RC, McEwen SA, Gyles CL. (2000). Estimation of the under-reporting rate for the surveillance of Escherichia coli O157:H7 cases in Ontario, Canada. *Epidemiology and Infection*, 125(1), 35-45.
- ⁹ Aramini J, McLean M, Wilson J, Holt J, Copes R, Allen B, Sears W. (2000). *Drinking Water Quality and Health Care Utilization for Gastrointestinal Illness in Greater Vancouver*. Ottawa : Santé Canada.
- ¹⁰ British Columbia Ministry of Health. (2000). *Water Borne Diseases in B.C.* www.healthservices.gov.bc.ca/hlthfile/hfile49a.html
- ¹¹ O'Connor DR. (2002). La Commission d'enquête sur Walkerton (2000/2001). *Rapport de la Commission d'enquête sur Walkerton : Les événements de mai 2000 et les questions connexes*. www.walkertoninquiry.com/report1/french/french_summary.pdf
- ¹² Stirling R, Aramini J, Ellis A, Lim G, Meyers R, Fleury M, Werker D. (2001). *Écllosion de cryptosporidiose d'origine hydrique, North Battleford (Saskatchewan), printemps 2001*. Ottawa : Santé Canada.
- ¹³ Affaires indiennes et du Nord Canada (2001). *AINC Canada et Commission canadienne des affaires polaires 1996-1997 Budget des dépenses*. www.ainc-inac.gc.ca/pr/est/me3/pnp/ptb/iip/214_f.html.
- ¹⁴ Direction générale des services médicaux, Santé Canada et Services intégrés, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (1995). *Community Drinking Water and Sewage Treatment in First Nation Communities*. Ottawa : Santé Canada et AINC.
- ¹⁵ Svenson KA, Lafontaine C. (1999). *The Search for Wellness. In National Report of the First Nations and Inuit Regional Health Survey*. Ottawa : First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee.
- ¹⁶ Assemblée des Premières Nations (2001). *Fact Sheet: Safety of First Nations Drinking Water*. www.afn.ca/programs/health%20secretariat/factsheets/fs%2Ddrinkingwater%2De.pdf
- ¹⁷ Résumé des recommandations pour la qualité de l'eau potable, établi par le sous-comité fédéral-provincial sur l'eau potable, mars 2001.
- ¹⁸ Christensen R, Parfitt B. (2001). *Waterproof. Canada's drinking water report card*. Sierra Legal Defence Fund. ISBN 0-9698351-5-9.
- ¹⁹ Berger Population Health Monitor. (2001). *March 1999 Survey Overview Report*. Toronto : HayGroup.
- ²⁰ Statistique Canada. (2000). *Consommation des aliments au Canada : Partie 1*. N° au catalogue 32-229-XIB. Ottawa : Statistique Canada.
- ²¹ Agence canadienne d'inspection des aliments. (2002). *L'eau embouteillée – faut-il s'inquiéter de sa sécurité? L'Avant-garde*. www.inspection.gc.ca/francais/corpaffr/publications/flag/2002-03f.shtml.
- ²² Erin Research Incorporated. (2001). *Drinking Water Survey*. Erin : Erin Research Incorporated.

- ²³ Leger Marketing. (2001). Perception and Behaviour of Canadians With Regards to Drinking Water. *Canadian Press and Leger Marketing Report*. Montréal : Leger Marketing.
- ²⁴ Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Vaccines: The History of Vaccination*. www.who.int/vaccines-access/Vaccines/vaccinesindex.html
- ²⁵ Organisation mondiale de la Santé. (2001). *WHO Fact Sheet on Smallpox*. www.who.int/emc/diseases/smallpox/factsheet.html
- ²⁶ Données fournies par Communicable Disease Epidemiology Services, British Columbia Centre for Disease Control. Demande spéciale, septembre 2001. Vancouver : BCCDC.
- ²⁷ American Academy of Pediatrics. (2000). *Varicella Vaccine Update (RE9941)*. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases, 105(1), 136-141. www.aap.org/policy/re9941.html
- ²⁸ Le Comité consultatif national de l'immunisation. (2002). Mise à jour de la déclaration du CCNI sur le vaccin antivaricelleux. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 28, CDD-3, www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/02vol28/28sup/dcc3.html
- ²⁹ L'Association canadienne de santé publique en collaboration avec les membres du Programme canadien de promotion de la vaccination et de la Coalition canadienne pour l'immunisation contre l'influenza. (2001). *Valeur de l'immunisation dans l'avenir du système de soins de santé du Canada*. Présentation à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa, Canada.
- ³⁰ Bureau du VIH/SIDA, des MTS, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. (1999). La syphilis au Canada : Une élimination en vue?. *Actualités en épidémiologie sur les MTS*. Ottawa : Direction générale de la population et de la santé publique.
- ³¹ Bureau du VIH/SIDA, des MTS, Santé Canada. (2002). La syphilis infectieuse au Canada. *Actualités*, février. Ottawa : Direction générale de la population et de la santé publique.
- ³² BC Centre for Disease Control. (Le 11 mars 2002). Public and Physicians Advised of Worsening Syphilis Outbreak in BC. *Public Health Advisory (News Release)*. www.bccdc.org/cdcmain/cdcpdf/syphilis_news_release.pdf
- ³³ L'Institut national du cancer du Canada. (2002). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2002*. Toronto : INCC. www.ncic.cancer.ca/indexf.htm
- ³⁴ Société canadienne du cancer. (2001). *Principales statistiques sur le cancer 2001*. www.cancer.ca/french/RS_CancerFacts2001.asp
- ³⁵ Kerlikowske K. (1997). Efficacy of screening mammography among women aged 40 to 49 years and 50 to 69 years: Comparison of relative and absolute benefit. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 22, 79-86.
- ³⁶ Fletcher SW, Black W, Harris R, Rimer BK, Shapiro S. (1993). Report of the international workshop on screening for breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(20), 1644-1656.
- ³⁷ Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE. (2002). Long-term effects of mammography screening: Updated overview of the Swedish randomised trials. *The Lancet*, 359(9310), 909-919.
- ³⁸ Olsen O, Gøtzsche PC. (2001). Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *The Lancet*, 358(9290), 1340-1342.
- ³⁹ Kmietowicz Z. (2001). WHO insists screening can cut breast cancer rates. *British Medical Journal*, 324, 695.
- ⁴⁰ National Cancer Institute. (2002). NCI Statement on Mammography Screening. *National Institutes of Health: NCI Press Office*. www.newscenter.cancer.gov/pressreleases/mammstatement31jan02.html
- ⁴¹ Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (1998). *Screening for Breast Cancer, 1998 Rewording*. www.ctfphc.org/Tables/CH65tab2.htm
- ⁴² Statistique Canada (2002). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (exécution spéciale de données). Ottawa : Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada.
- ⁴³ Hertzman C. (1999). The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annals of the New York Academy of Science*, 896, 85-95.
- ⁴⁴ Accord fédéral-provincial-territorial sur le développement de la petite enfance : rapport sur les activités et dépenses du gouvernement 2000-2001. www.unionsociale.gc.ca/ecd_f.html
- ⁴⁵ Sloan R, Cotroneo S. (2002). La campagne « Dodo sur le dos » dans *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, mars 2002. Ottawa : Santé Canada.
- ⁴⁶ Tremblay MS, Katzmarzyk PT, Willms JD. (2002). Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *International Journal of Obesity*, 26, 538-543.

- ⁴⁷ Tremblay MS, Willms JD. (2000). Secular trends in the body mass index of Canadian children. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163(11), 1429-1433.
- ⁴⁸ Birmingham CL, Muller JL, Palepu A, Spinelli JJ, Anis AH. (1999). The cost of obesity in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 160, 483-488.
- ⁴⁹ Craig CL, Cameron C, Russell SJ, Beaulieu A. (2001). *Increasing Physical Activity: Supporting Children's Participation*. Ottawa : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.
- ⁵⁰ Narayan KM, Bowman B, Engelgau M. (2001). Prevention of type 2 diabetes. *British Medical Journal*, 323, 63.
- ⁵¹ Campbell K, Waters E, O'Meara S, Summerbell C. (2002). Interventions for preventing obesity in Children. *The Cochrane Library*. Oxford : Update Software.
- ⁵² Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. (2001). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database System Review*, 3, CD000146.
- ⁵³ Solberg L, Boyle R, Davidson G, Magnan S, Carlson C, Aslesci N. (2001) Aids to quitting tobacco use: How important are they outside controlled trials? *Preventive Medicine* 33, 53-58.
- ⁵⁴ Santé Canada. (2001) *Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA : Le VIH et le SIDA chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*. Bureau du VIH/SIDA, des MTS, et de la tuberculose. www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/idus_f.html
- ⁵⁵ Single E. (2001). *Harm Reduction as the Basis for Hepatitis C Policy and Programming*. First Canadian Conference on Hepatitis C. Montréal, Canada, le 4 mai 2001.
- ⁵⁶ Santé Canada. (2001) *Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA : Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*. Bureau du VIH/SIDA, des MTS, et de la tuberculose. www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/drugr_f.html
- ⁵⁷ Guldish J, Bucardo J, Young M, Woods W, Grinstead O, Clark W. (1993). Evaluating needle exchange: Are there negative effects? *AIDS*, 7, 871-876.
- ⁵⁸ Watters JK, Estilo MJ, Clark GL, Lorvic J. (1994). Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *Journal of the American Medical Association*, 271(2), 115-120.
- ⁵⁹ Gold M, Gafni A, Nelligan P, Millson P. (1997). Needle exchange programs: an economic evaluation of a local experience. *Journal de l'Association médicale canadienne* 157(3), 255-262.
- ⁶⁰ Jacobs P, Calder P, Taylor M, Houseton S, Saunders LD, Albert T. (1999). Cost effectiveness of streetworks' needle exchange program of Edmonton. *Revue canadienne de santé publique*, 90(3), 168-171.
- ⁶¹ Monterroso ER, Hamburger ME, Vlahov D, Des Jarlais DC, Ouellet LJ, Altice FL, Byers RH, Kerndt PR, Watters JK, Bowser BJ, Fernando MD, Holmberg SD. (2000). Prevention of HIV infection in street-recruited injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 25, 63-70.
- ⁶² Gibson DR, Flynn NM, Perales D. (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, 15, 1329-1341.
- ⁶³ Comité consultatif sur la santé de la population. (2001). *Survey of Public Health Capacity in Canada, Highlights*. Rapport aux sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. Ottawa, Canada.
- ⁶⁴ Protection civile Canada. (2001). Politique fédérale relative aux situations d'urgence : Fonctionnement du système. www.epc-pcc.gc.ca/home/index_f.html
- ⁶⁵ Santé Canada (Le 18 octobre 2001). *Communiqué : Nouvelles initiatives sur la sécurité de la santé pour protéger les Canadiens*. www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiqués/2001/2001_110f.htm
- ⁶⁶ Défense nationale. (Le 28 janvier 2002). *R&D pour La défense Canada coordonnera un fonds de 170 millions de dollars en vue d'améliorer la réponse canadienne aux menaces terroristes*. Communiqué NR-02.004.

6. Soigner la maladie : consommation et coûts des médicaments au Canada

Caféine, cannabis, codéine, inhibiteurs — la gamme de drogues en usage aujourd’hui est vaste et complexe. Certaines affectent la façon dont nous nous sentons ou pensons; d’autres affectent des systèmes organiques différents ou des parties précises du corps. Comment nous nous procurons les drogues, comment nous les payons, et combien, varient presque autant que leurs effets sur le corps. Le présent chapitre se penche sur la réglementation, la consommation et les coûts des médicaments prescrits et non prescrits d’un bout à l’autre du pays

Le monde des produits pharmaceutiques : la réglementation

Les médicaments prescrits et en vente libre aident les Canadiens de bien des façons. Ils peuvent sauver des vies, réduire le besoin d’une chirurgie et permettre de maintenir ou d’améliorer la qualité de vie.¹ Dans certains cas — comme les antibiotiques et l’insuline — les nouveaux médicaments ont révolutionné le traitement d’une maladie. Mais, de nos jours, certains médicaments sont des « technologies de transition ». Ils atténuent les symptômes mais ne guérissent pas ou ne préviennent pas le problème de santé sous-jacent.²

Même si de nombreux médicaments apportent des bienfaits importants, leur consommation inappropriée peut représenter des risques pour la santé et des coûts. Par exemple, les médicaments peuvent avoir des effets secondaires graves et certains peuvent être nuisibles s’ils sont combinés à d’autres médicaments ou produits naturels. De plus, des médicaments sont parfois prescrits pour des problèmes qui pourraient être mieux traités par d’autres moyens.³ Et de nouveaux médicaments plus coûteux sont parfois utilisés dans des cas où les anciens produits moins chers seraient tout aussi efficaces. De plus, des erreurs peuvent se produire lorsque des médicaments sont prescrits ou ingérés. Certaines personnes abusent des médicaments ou les consomment à mauvais escient. Ainsi, dans une étude récente menée dans les provinces de l’Atlantique, 15 % des adolescents à qui on avait prescrit des stimulants ont dit aux chercheurs qu’ils avaient donné leurs médicaments à d’autres; 7 % ont déclaré les avoir vendus.⁴

La nécessité de comprendre et d’équilibrer les risques et les avantages des médicaments ne date pas d’hier. Les gouvernements canadiens réglementent l’utilisation médicinale de drogues depuis près d’un siècle. En 1908, le Parlement a adopté la *Loi sur les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés* en réponse aux préoccupations au sujet des dangers possibles pour la santé de nombreux médicaments brevetés. Cette loi a interdit de mettre certains ingrédients, comme la cocaïne et l’alcool (au-delà des limites fixées) dans les médicaments brevetés. Elle exigeait aussi que les ingrédients contenus dans le médicament soient clairement étiquetés à l’extérieur du contenant.⁵

Aujourd'hui, la *Loi sur les aliments et les drogues* réglemente tous les produits mis sur le marché pour traiter ou prévenir des maladies ou des symptômes. Elle couvre l'étiquetage, l'importation, le traitement, la publicité et la vente de médicaments.⁶ En vertu de cette loi, les Canadiens doivent normalement se procurer certains médicaments — comme les antibiotiques, les analgésiques narcotiques et les somnifères — auprès d'un pharmacien autorisé, avec l'ordonnance d'un médecin. D'autres médicaments, comme l'aspirine et les remèdes contre le rhume, sont en vente libre.

Les remèdes à base de plantes médicinales, les vitamines, les suppléments minéraux, les produits de médecine chinoise et ayurvédique traditionnelle, et d'autres produits naturels, sont aussi disponibles sans prescription. Santé Canada a créé une nouvelle division des produits naturels en 1999, dans le but d'élaborer un cadre de réglementation pour ces produits, y compris les règlements d'homologation, de production, de mise en marché et d'étiquetage.⁷

La marijuana : drogue illicite ou médicament?

À la suite des changements apportés aux *Règlements sur les stupéfiants*, la consommation de marijuana à des fins médicinales est devenue légale au Canada le 30 juillet 2001. Ainsi, dans les cas où les bienfaits médicaux l'emportent sur les risques, les personnes souffrant d'une maladie grave ou mortelle sont maintenant autorisées à faire usage de marijuana.⁸ Les patients doivent obtenir l'autorisation de Santé Canada, et leur médecin doit appuyer la demande par écrit.⁹ Santé Canada a accordé 653 exemptions avant cette modification; depuis, 145 nouvelles autorisations ont été émises.¹⁰

Comment les nouveaux médicaments sont conçus, développés et approuvés

En 2000, presque 22 000 produits pharmaceutiques approuvés aux fins d'usage humain figuraient sur la liste de Santé Canada.¹¹ Sans compter les produits pharmaceutiques biologiques (comme les vaccins antiviraux et bactériens) et les substances contrôlées (comme l'héroïne), environ 5 200 produits étaient des médicaments d'ordonnance.

L'ajout de nouveaux médicaments à la liste est un processus complexe^{12,13} qui commence par la recherche scientifique. Cette étape comprend l'identification de nouveaux processus biologiques, l'isolation et la purification de la substance chimique ou biologique originale et les tests sur les animaux.

Supposons que ces tests « précliniques » confirment que la substance n'est pas toxique et qu'elle fait ce qu'elle est censée faire. Le fabricant peut alors demander à Santé Canada l'autorisation de faire un essai clinique. Les essais cliniques évaluent l'innocuité et l'efficacité du médicament pour les humains. Ils font généralement appel à des protocoles conçus pour assurer la rigueur des pratiques éthiques, cliniques et analytiques.

Une fois les essais cliniques terminés, le fabricant peut soumettre une présentation de drogue nouvelle auprès de Santé Canada. Cette présentation décrit ce que l'on sait de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité de la drogue. Elle décrit aussi les résultats des études précliniques et des essais cliniques, ainsi que la production, l'emballage, l'étiquetage, les allégations à visée thérapeutique et les effets indésirables de la drogue.

Des équipes de scientifiques en pharmacie et en médecine de Santé Canada, de même que des consultants externes et des comités consultatifs, revoient les présentations de drogues nouvelles. Ils évaluent les bienfaits et les risques potentiels de la drogue. Santé Canada revoit aussi l'information que le promoteur du médicament prévoit divulguer aux professionnels de la santé et aux consommateurs.

Si la présentation est approuvée, Santé Canada émet un avis de conformité et attribue une identification numérique de la drogue. Cela permet au promoteur de commercialiser la drogue au Canada. Si la présentation n'est pas approuvée, le fabricant peut fournir des renseignements additionnels, resoumettre sa demande plus tard avec plus d'information ou en appeler de la décision du gouvernement.

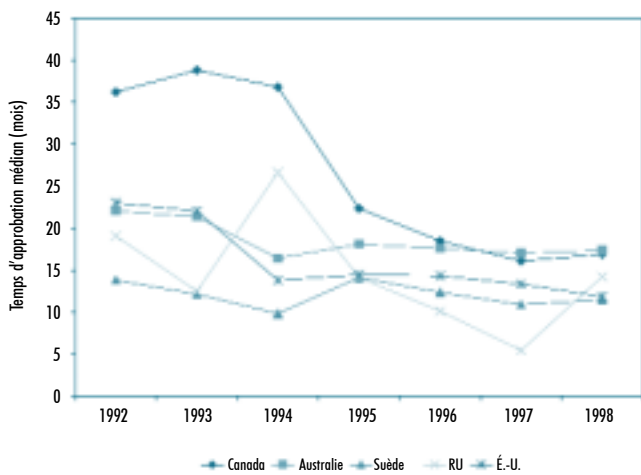
La longueur du processus varie d'une drogue à l'autre et d'une année à l'autre. Certains scientifiques affirment que le processus doit être exhaustif afin de bien évaluer l'innocuité et la valeur thérapeutique

des nouvelles drogues et les bienfaits qu'elles apportent ou n'apportent pas. D'autres soutiennent que le processus doit minimiser les délais non nécessaires dans l'approbation de nouvelles drogues prometteuses.^{14,15}

groupes pour qui l'innocuité et l'efficacité n'ont pas été déterminées dans les essais cliniques prennent le médicament, celui-ci interagit avec d'autres médicaments ou substances ingérées par le patient, et de nombreuses autres raisons.

Le temps écoulé — Comparaison du temps d'approbation pour les médicaments 63

Ce graphique présente le temps d'approbation médian (à partir du moment de la présentation de la demande jusqu'à l'approbation du produit) pour les nouveaux médicaments approuvés dans au moins un de cinq pays entre 1992 et 1998. Le temps d'approbation médian des 26 médicaments qui ont été approuvés au Canada en 1998 s'élève à 17 mois. Ce temps est relativement semblable à celui de l'Australie et sensiblement plus élevé qu'en Suède, qu'au Royaume-Uni et qu'aux États-Unis. Il existe des programmes spéciaux pour permettre une approbation plus rapide (p. ex. dans les cas où la vie est menacée et lorsqu'il existe peu de traitements efficaces sur le marché) et un recours spécial à des médicaments avant leur approbation (p. ex. lorsque aucune autre thérapie n'est disponible ou lorsque des médicaments déjà approuvés n'ont pas été efficaces).



Source : Rawson NSB. (2000). Time required for approval of new drugs in Canada, Australia, Sweden, the United Kingdom, and the United States — in 1996-1998. Extrait réimprimé du *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162(4), 501-504, avec l'autorisation de l'éditeur. ©2000 AMC.

La thalidomide : un cas d'effets non prévus

La thalidomide a été initialement mise au point pour traiter les allergies. Les tests ont révélé qu'elle n'était pas un antihistaminique efficace. Par contre, elle atténuait les nausées dans les premiers mois d'une grossesse et faisait dormir. Les tests sur les animaux l'ayant jugée non toxique, les compagnies pharmaceutiques ont commercialisé la thalidomide à vaste échelle partout dans le monde à la fin des années 1950. En 1961, elle a été retirée de la plupart des marchés.¹⁶

Que s'est-il passé? Des experts ont constaté que les femmes enceintes qui ont pris la drogue étaient plus susceptibles de donner naissance à des bébés avec des anomalies congénitales graves, comme des membres ou des organes internes mal formés.¹⁶ Au Canada, environ 115 bébés en ont été victimes.¹⁷ Il s'agit d'un nombre moins élevé que dans plusieurs parties d'Europe, d'Australie, d'Amérique du Sud et d'ailleurs, probablement parce que l'approbation de la drogue a pris plus de temps au Canada. Une Canadienne, D^{re} Frances Kelsey, a aussi joué un rôle important dans la prévention de l'approbation de la thalidomide aux États-Unis.¹⁸

En 1963, le gouvernement a resserré les normes de sécurité et les exigences en information en vue de prévenir que des problèmes similaires se répètent. Mais l'histoire de la thalidomide n'est pas finie.¹⁷ Des chercheurs ont récemment découvert des nouveaux usages du médicament dans le traitement de la lèpre et d'autres maladies auto-immunes et inflammatoires, y compris le VIH/SIDA.¹⁶

Après l'approbation, la surveillance

Les tragédies restent longtemps en mémoire. Les expériences avec des médicaments comme la thalidomide nous rappellent constamment l'importance de la surveillance continue des effets des drogues.

Dans certains cas, les tests n'identifient pas tous les problèmes ou toutes les indications pour lesquelles les médicaments agissent avant leur approbation. Des problèmes peuvent survenir pour bien des raisons : des

En général, Santé Canada n'exige pas des études précises à long terme pour déceler les effets nocifs des drogues. La surveillance post-commercialisation des médicaments, la collecte de renseignements sur les problèmes possibles après l'approbation, se fait normalement d'autres façons. Par exemple, en vertu de la *Loi sur les aliments et les drogues*, les fabricants de drogues doivent aviser Santé Canada de tout effet indésirable porté à leur attention.^{19,20}

Santé Canada dispose aussi de systèmes « passifs » pour surveiller les médicaments. Ils encouragent, sans exiger, les médecins, les pharmaciens et les autres professionnels de la santé à rapporter les effets indésirables légers ou graves que les consommateurs portent à leur attention.¹⁹

Que se passe-t-il quand on découvre des problèmes? Le gouvernement achemine la plupart des renseignements sur les effets indésirables soupçonnés ou prouvés aux médecins et à d'autres professionnels de la santé.¹⁹ Par exemple, Santé Canada publie des alertes sur l'innocuité des médicaments dans le *Bulletin canadien sur les effets indésirables des médicaments*.

Les consommateurs font de plus en plus appel à l'Internet et à d'autres moyens pour obtenir de l'information sur les effets indésirables des médicaments.²¹ Par exemple, le site Web de l'Association canadienne du diabète présente les enjeux entourant l'insuline animale et humaine.²² Au moyen de la technologie de recombinaison de l'ADN, des scientifiques ont été capables de produire une nouvelle forme d'insuline identique sur le plan chimique à l'insuline produite par le pancréas humain.²³ Cette insuline « humaine » réduit donc les risques de réactions allergiques à l'insuline animale. Lorsque l'utilisation de l'insuline humaine est devenue très répandue dans les années 1990, certaines personnes ont rapporté des problèmes d'hypoglycémie lorsqu'elles passaient de l'insuline animale au nouveau produit.²⁴ En revoyant les preuves récemment, des chercheurs ont conclu que les études n'avaient pas réussi à montrer que le traitement par l'insuline humaine comme telle affecte la vigilance à l'égard de l'hypoglycémie.²⁵ De nos jours, ceux qui ont besoin d'insuline commencent généralement avec l'insuline humaine; ils n'ont donc pas à passer d'une forme à l'autre. Étant donné qu'il existe encore un peu d'incertitude quant à l'innocuité du produit, les dispensateurs de soins surveillent de près les personnes qui passent de l'insuline animale à l'insuline humaine, et l'insuline animale continue d'être disponible.²²

Pourquoi faut-il une prescription pour certains médicaments?

On peut se procurer légalement les médicaments en vente libre comme l'aspirine sans avoir de prescription, mais ils peuvent être prescrits. En général, les consommateurs paient eux-mêmes les médicaments en vente libre, quoique s'ils sont prescrits, ils peuvent

parfois être couverts par les régimes publics et privés d'assurance-médicaments. D'autres médicaments exigent une prescription. Les régimes d'assurance privés ou publics couvrent souvent le coût de ces médicaments.

Les médicaments peuvent être une arme à double tranchant. Si on les prend pour les bonnes raisons et selon la posologie, ils peuvent être très utiles, et même sauver des vies. Mais souvent, les connaissances et les compétences approfondies d'un professionnel de la santé sont nécessaires pour choisir le ou les médicaments les mieux adaptés au traitement du patient. La consommation de différents médicaments peut être nocive et l'efficacité dépend de la consommation du bon médicament pendant la bonne période de temps. Les fabricants, ou d'autres personnes, peuvent donc demander qu'un médicament soit offert en vente libre ou sur prescription. En dernier lieu, Santé Canada prend la décision. On obtient un médicament sur prescription selon le pays où l'on se trouve.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il y a des pour et des contre aux médicaments offerts aux consommateurs sans prescription.²⁶ L'OMS fait observer que l'automédication peut contribuer à réduire les demandes sur le système de santé. Mais elle mentionne aussi que cela peut mener à des délais dans la demande de soins nécessaires. De plus, les consommateurs peuvent croire que les médicaments en vente libre sont inoffensifs. L'OMS affirme que cela peut donner lieu à une consommation excessive et possiblement dangereuse.

Qui prend quels médicaments?

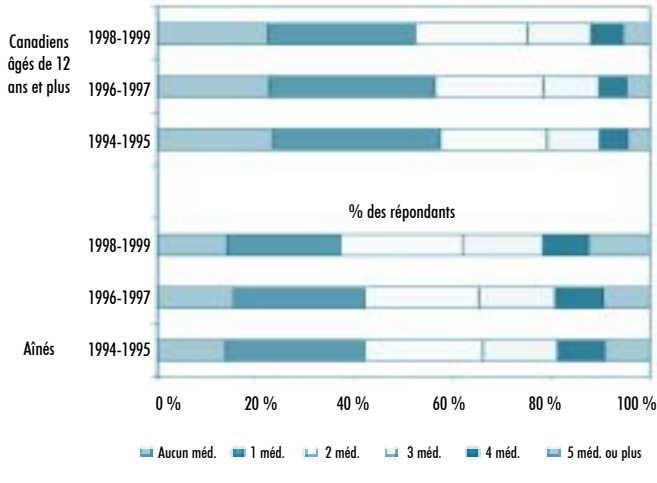
Des millions de Canadiens prennent des médicaments chaque jour. La plupart reçoivent au moins une prescription chaque année. L'Enquête 1998-1999 sur la santé de la population a posé des questions aux Canadiens de 12 ans et plus sur leur consommation de médicaments. Presque huit répondants sur dix (78 %) ont dit avoir consommé un ou plusieurs médicaments en vente libre ou de prescription au cours du mois précédent. Les femmes et les aînés étaient plus susceptibles que les autres

6. SOIGNER LA MALADIE : CONSOMMATION ET COÛTS DES MÉDICAMENTS AU CANADA

d'avoir déclaré faire usage de médicaments. Les Canadiens à faible revenu avaient aussi plus tendance à déclarer une consommation plus élevée de médicaments. Les analgésiques et les médicaments contre les allergies étaient l'exception à la règle.

Qui consomme des médicaments 64

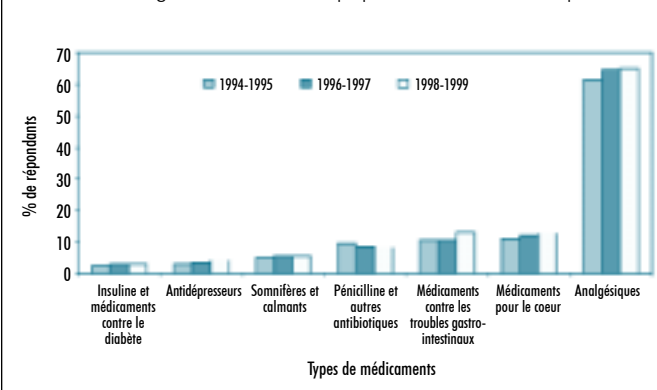
La plupart des Canadiens ont déclaré avoir consommé au moins un médicament prescrit ou non prescrit dans le dernier mois. Ils sont nombreux à signaler prendre de multiples médicaments. Ce graphique présente le pourcentage de tous les Canadiens âgés de 12 ans et plus (3 premières barres) et des aînés (3 dernières barres) qui ont signalé avoir utilisé un certain nombre de médicaments prescrits et non prescrits dans le dernier mois. Le recours à plusieurs médicaments est plus répandu pour les aînés et le pourcentage de ces personnes qui déclarent consommer cinq médicaments ou plus augmente.



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada.

Tendances de l'utilisation de différents médicaments 65

La consommation de différents types de médicaments par les Canadiens a changé au fil du temps. Ce diagramme présente le pourcentage des personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir utilisé dans le dernier mois différents types de médicaments prescrits ou non prescrits dont l'usage est répandu. Les taux ne sont pas rajustés pour tenir compte des différences concernant l'âge et le sexe de la population au fil du temps.



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada.

Les analgésiques – de l'aspirine à la morphine – figurent parmi les médicaments les plus consommés. Environ 65 % des Canadiens ont dit avoir pris des analgésiques au cours du mois précédent. Parmi les autres médicaments couramment utilisés, mentionnons les médicaments pour le cœur (13 %), ceux contre les maux d'estomac (13 %), la pénicilline ou d'autres antibiotiques (8 %), les somnifères et les calmants (5 %) et les antidépresseurs (4 %).

Les médicaments les plus vendus au monde 66

Compte tenu des différents noms de médicaments vendus, usages sur la posologie, prix payés et règlements en vigueur, il est difficile de dresser des comparaisons à l'échelle internationale de la consommation de médicaments et des ventes. Ce graphique permet de comparer les sept médicaments les plus vendus dans les pharmacies au détail au Canada et leur classement par rapport à huit autres pays en 2001.

Groupe thérapeutique	Canada	É.U.†	Japon‡	Allemagne	France	Italie	RU	Brésil	Mexique
Cardiovasculaire	1	2	1	1	1	1	1	3	5
Système nerveux central**	2	1	8	3	2	3	2	2	3
Alimentaire / métabolisme	3	3	2	2	3	2	3	1	1
Respiratoire	4	4	5	4	5	5	4	5	4
Musculo-squelettique	5	7	7	8	7	6	6	6	7
Anti-infectieux	6	5	3	5	4	4	7	7	2
Géni-urinaire	7	6	15	6	6	7	5	4	6

** Englobe les analgésiques.

† Englobe les ventes de médicaments par correspondance.

‡ Englobe les ventes aux hôpitaux.

Source : IMS Health, 2001.

L'ancien ou le nouveau? Les choix à faire

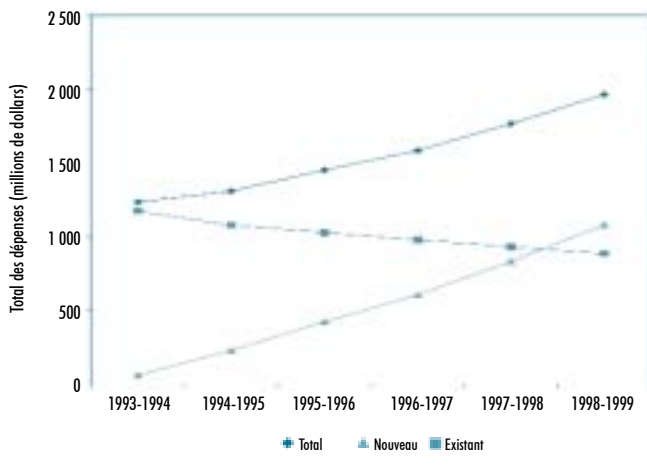
De nouveaux médicaments sont introduits chaque année. Dans certains cas, ils sont meilleurs que les anciens, peut-être parce qu'ils sont plus efficaces, plus faciles à prendre ou ont moins d'effets secondaires. Par exemple, de progrès récents offrent maintenant de nouvelles façons de soigner les ulcères gastro-duodénaux, l'hypertension, le sida, la dysérection, la dépression et d'autres problèmes de santé.¹ Mais les nouveaux médicaments peuvent aussi être plus coûteux que les anciens et pas nécessairement le meilleur choix pour certains patients. Par exemple, une étude a révélé qu'au Manitoba entre 1995 et 1998,²⁷ le nombre de prescriptions d'antibiotiques

polyvalents a augmenté par rapport aux antibiotiques moins récents. L'augmentation s'est produite même si les antibiotiques polyvalents coûtent plus cher et si leur utilisation répandue peut accroître les risques d'apparition d'organismes résistants aux antibiotiques.²⁷

Dépenses publiques : arrivée de nouveaux médicaments

67

En 1998-1999, le régime d'assurance-médicaments de l'Ontario, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ont payé davantage, au total, pour les médicaments lancés après 1991-1992 (médicaments « plus récents ») que pour les médicaments moins récents (« existants »). De 1993-1994 à 1998-1999, le total des dépenses a progressé tandis que les dépenses pour les médicaments existants ont diminué.



Source : Groupe de travail fédéral/provincial/territorial sur les prix des médicaments. (2000). Cost Driver Analysis of Provincial Drug Plans, Ontario, Saskatchewan, Alberta, British Columbia. www.hc-sc.gc.ca/english/feature/fpt2001/pdf/cost_drivers/british_columbia_cost_driver.pdf www.hc-sc.gc.ca/english/feature/fpt2001/pdf/cost_drivers/alberta_cost_driver.pdf www.hc-sc.gc.ca/english/feature/fpt2001/pdf/cost_drivers/saskatchewan_cost_driver.pdf www.hc-sc.gc.ca/english/feature/fpt2001/pdf/cost_drivers/ontario_cost_driver.pdf

Consommation de nouveaux médicaments contre les brûlures d'estomac

Introduits en 1989, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) réduisent la quantité d'acide dans l'estomac. On les utilise pour soigner le reflux gastro-œsophagien et l'ulcère gastro-duodéal, des troubles graves qui causent des brûlures d'estomac et des douleurs abdominales persistantes.

Ces symptômes sont courants et peuvent être associés ou non à un trouble grave. Des médicaments moins récents et moins chers qui réduisent les brûlures d'estomac sont aussi disponibles. Par conséquent, certains affirment que la surutilisation des IPP pour soigner les symptômes associés à des problèmes mineurs coûte cher pour rien.²⁸ Certains secteurs de compétence limitent l'accès à ces médicaments au moyen de régimes publics d'assurance-médicaments. Par exemple, l'Ontario a une politique de majoration qui indique que les IPP sont des médicaments à « usage limité ». Les patients ne seront remboursés que s'ils sont atteints d'un trouble grave confirmé ou après un essai non réussi de huit semaines d'un médicament moins cher.²⁹

La durée d'un brevet

Au Canada, de nombreux nouveaux médicaments sont admissibles à la protection par brevet. Le titulaire du brevet a le droit exclusif de produire, de vendre ou d'exploiter autrement l'invention, pour un temps limité. La plupart (environ 96 % en 2000) des médicaments brevetés s'obtiennent sur prescription.³⁰

Le Canada a modifié périodiquement la durée des brevets des médicaments et les conditions connexes. Par exemple, le Projet de loi C-22 — adopté en 1987 — a prolongé la durée minimale de 17 à 20 ans pour les nouveaux brevets. Une modification récente à la loi a étendu la norme minimale de 20 ans à tout brevet non expiré dont la durée était inférieure à 20 ans.³¹

Parallèlement à l'adoption du Projet de loi C-22, le gouvernement a créé le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). Le Conseil vise à assurer que les prix demandés pour les médicaments brevetés ne sont pas excessifs. Le CEPMB réglemente entre autres les prix établis par les fabricants pour les médicaments de prescription et en vente libre. Par contre, il ne contrôle pas les prix demandés par les grossistes, les détaillants et les pharmaciens. Il ne réglemente pas non plus le prix des médicaments non brevetés.³²

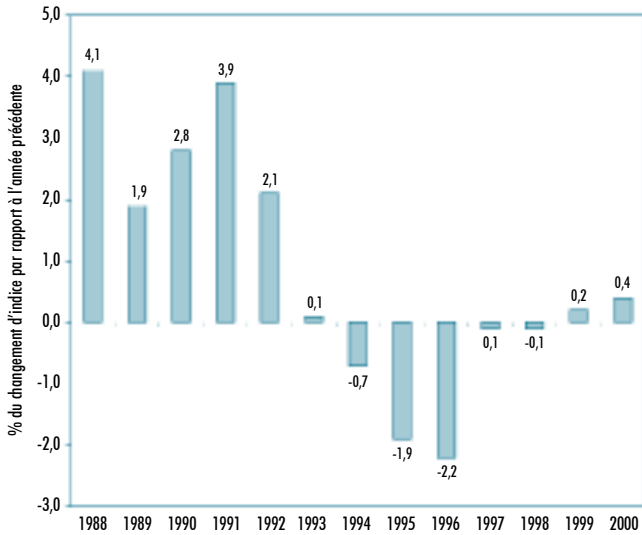
En vertu de la *Loi sur les brevets*, le prix des médicaments existants ne peut pas augmenter plus que l'indice des prix à la consommation chaque année. De même, le prix des nouveaux médicaments brevetés doit se situer dans la gamme des prix des médicaments existants pour soigner le même problème de santé. Le prix des médicaments novateurs — ceux qui présentent des améliorations importantes par rapport aux médicaments existants — ne peut pas être fixé plus haut que le coût médian dans sept pays qui servent de point de comparaison.^{32*} Dans l'ensemble, selon le CEPMB, la hausse des prix des médicaments brevetés a été moindre que l'indice des prix à la consommation chaque année depuis 1988, sauf en 1992.³⁰

* Dans le cadre de ces comparaisons, le CEPMB emploie une méthode différente de celle utilisée dans les six autres pays pour calculer le prix des médicaments aux États-Unis, car de nombreux acheteurs américains peuvent négocier des rabais confidentiels.³⁰

Les hauts et les bas des prix des médicaments brevetés

68

Ce diagramme présente le changement moyen de la moyenne de prix (départ usine) des médicaments brevetés vendus au Canada de 1988 à 2000. Après plusieurs années d'augmentation, les prix moyens des médicaments brevetés ont diminué depuis 1994. Ils ont recommencé à grimper en 1999.



Remarque : Depuis 1999, l'IPMB reflète les changements de prix des médicaments brevetés pour la consommation humaine seulement.

Source : Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, Rapport annuel, 2000.

Qu'en est-il des médicaments non brevetés? En 1999, les gouvernements partout au pays ont étudié 72 médicaments populaires non brevetés avec une source unique canadienne.³³ Des chercheurs ont comparé le prix payé pour ces médicaments par les régimes d'assurance-médicaments de l'Ontario et de la Colombie-Britannique à celui dans les sept autres pays dont le CEPMB se sert pour comparer le prix des médicaments brevetés. Ils ont conclu que le prix médian des médicaments au Canada était en moyenne 30 % plus élevé que dans les autres pays. Mais nos prix étaient en général plus bas que ceux aux États-Unis. Nos voisins du sud payaient en moyenne 96 % de plus que nous pour les produits inclus dans les comparaisons.

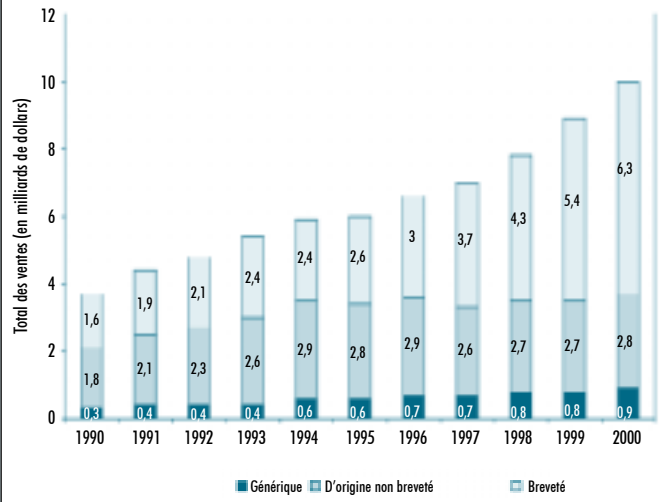
Diviser le marché : ventes de produits d'origine et génériques

En 2000, les fabricants ont vendu pour environ 6,3 milliards de dollars en médicaments brevetés au Canada, selon le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB).³⁰ C'est un peu moins que les deux tiers (63 %) des ventes totales de médicaments au pays, une hausse par rapport à 43,3 % en 1995. Le CEPMB indique que cette augmentation peut être expliquée en partie par les effets à long terme de la protection par brevet étendue.

Changement dans la part des ventes

69

La valeur des ventes de médicaments brevetés a augmenté au cours des dernières années tandis que les ventes de médicaments non brevetés et de médicaments génériques n'ont pratiquement pas changé. Ce graphique indique le total des ventes de médicaments génériques, de médicaments d'origine non brevetés et de médicaments brevetés en milliards de dollars entre 1990 et 2000. Depuis 1999, les chiffres tiennent compte des ventes de médicaments pour la consommation humaine seulement. Les chiffres ne sont pas ajustés pour tenir compte de l'inflation.



Source : Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, Rapport annuel, 2000.

Le gros du reste des ventes (28 %) était des médicaments d'origine non brevetés vendus par des compagnies qui vendent également des médicaments brevetés. Les médicaments « génériques » — des répliques des médicaments dont le brevet original a expiré — constituaient environ 9 % des ventes en 2000. Ces médicaments sont souvent mis en marché par plus d'un fabricant.

Combien dépensons-nous?

En 1997, les ventes au détail de médicaments sont devenues la deuxième catégorie en importance des dépenses totales de santé (après les hôpitaux), devançant les services médicaux. On estime qu'en tout, les Canadiens auront dépensé plus de 15,5 milliards de dollars en médicaments en 2001, une hausse de 8,6 % par rapport à l'année précédente.³⁴ Il s'agit d'un peu plus de 500 \$ par personne.

Au Canada, les secteurs public et privé paient une partie de la facture en médicaments. Les gouvernements, les commissions des accidents du travail et d'autres programmes de sécurité sociale font partie des payeurs publics.

Le gouvernement fédéral paie les médicaments de prescription des membres de l'armée, de la Gendarmerie royale du Canada, des vétérans, des prisonniers dans les pénitenciers fédéraux, et des Indiens et Inuits de plein droit, lorsque les coûts ne sont pas couverts par d'autres régimes d'assurance.³²

Où le Canada se situe

Le Canada dépense plus par personne pour les médicaments que la plupart des autres pays. En 1997, seulement quatre des 25 pays de l'OCDE qui ont rapporté leurs dépenses en médicaments distribués aux patients ambulatoires* ont dépensé plus par personne que le Canada (les chiffres ont été ajustés en fonction des différences dans le pouvoir d'achat entre les pays).³⁵ Nous avons dépensé moins par personne que la France, les États-Unis, le Japon et la Belgique.

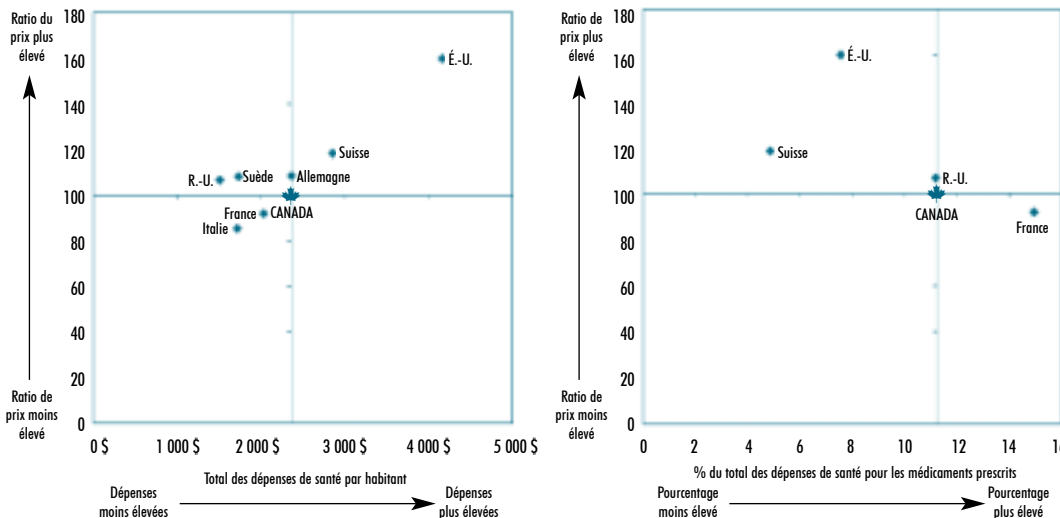
Plusieurs raisons expliquent les écarts dans les dépenses en médicaments ou en soins de santé entre les pays. Le prix des médicaments est une explication possible.

Prix des médicaments et part des dépenses de santé

70

Le coût d'un panier de médicaments en particulier peut varier d'un pays à l'autre. Le ratio du prix moyen des pays étrangers par rapport à celui du Canada est un indice des prix des médicaments brevetés au Canada et dans d'autres pays. Dans les pays où le même panier de médicaments serait plus cher qu'au Canada (comme aux É.-U.), le ratio est plus élevé que 100. Dans les pays où le même panier de médicaments serait moins cher (comme en Italie), le ratio est inférieur à 100.

Dans la plupart des cas, lorsque l'indice est relativement élevé, le prix des médicaments est plus élevé et plus d'argent est consacré à la santé par habitant (voir le diagramme de gauche ci-dessous). Mais des frais de médicaments plus élevés ne se traduisent pas nécessairement par des dépenses plus élevées pour les médicaments (voir le diagramme de droite ci-dessous). Il faut noter que ces diagrammes présentent seulement certains pays et que chaque pays peut calculer différemment le pourcentage du total des dépenses de santé consacrées aux médicaments prescrits, d'où la difficulté de dresser des comparaisons à l'échelle internationale.



Remarque : Les données remontent à 1998. Les chiffres estimatifs des dépenses par habitant sont ajustés pour tenir compte des différences concernant le pouvoir d'achat entre les pays. Les dépenses en médicaments prescrits au R.-U. remontent à 1997 (non disponibles pour 1998).

Sources : Éco-Santé OCDE, 2001; Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 1998.

possible. Chaque année, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés compare les prix au Canada des médicaments brevetés à ceux dans sept autres pays. Parmi ce groupe, les pays où le prix des médicaments était plus élevé en 1998 avaient tendance à dépenser plus d'argent en tout (public et privé) pour les soins de santé par habitant (voir le graphique). Mais ils avaient aussi tendance à consacrer une plus petite partie de cette somme globale aux médicaments (voir le graphique).

Les deux graphiques montrent un indice des prix des médicaments brevetés au Canada comparativement à d'autres pays. Une valeur de 100 signifie que dans l'ensemble, les prix pour le groupe des médicaments visés étaient les mêmes que ceux au Canada. Les lignes dans les graphiques sont à ce niveau. Les pays avec des points au-dessus de cette ligne avaient tendance à avoir des prix plus élevés que le Canada. Ceux au-dessous avaient des prix moins élevés.

* Comprend les dépenses pour les « appareils médicaux non durables », comme les appareils orthopédiques et chirurgicaux, car plusieurs pays n'ont pas déclaré ces dépenses séparément.

6. SOIGNER LA MALADIE : CONSOMMATION ET COÛTS DES MÉDICAMENTS AU CANADA

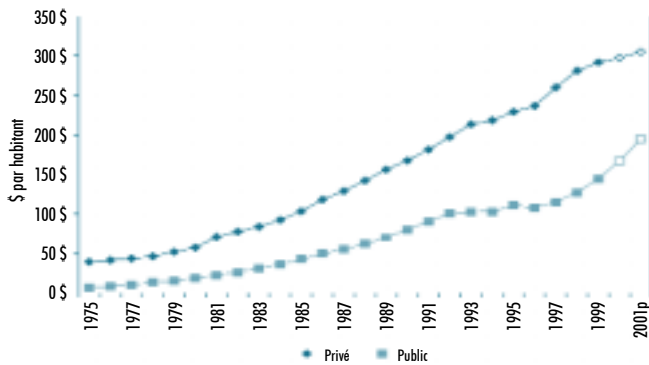
Les gouvernements provinciaux et territoriaux paient les médicaments administrés aux patients dans les hôpitaux partout au pays. Ils ont aussi divers programmes qui couvrent une partie de la facture en médicaments. De plus, les crédits d'impôt associés au revenu compensent en partie les dépenses médicales, y compris les médicaments de prescription.

Les Canadiens paient aussi de leur poche certains médicaments. L'assurance privée, souvent offerte au travail, est l'autre payeur principal du secteur privé.

Le partage public/privé relativement aux médicaments change progressivement. En 2001, 61 % des ventes au détail de médicaments (environ 300 \$ par personne) ont été déboursées par des sources privées, par rapport à 85 % en 1975. Entre 2000 et 2001, l'ICIS estime que les dépenses du secteur public ont augmenté quatre fois plus

Dépenses en médicaments du secteur public par rapport au secteur privé 71

Les dépenses des secteurs public et privé par habitant consacrées aux médicaments au détail, non rajustées pour l'inflation, ont augmenté progressivement depuis 1975. Entre 2000 et 2001, on évalue que les dépenses du secteur public consacrées aux médicaments ont augmenté de plus de 16 % par rapport à tout juste moins de 3 % pour les dépenses du secteur privé.



Remarque : Les symboles ouverts sont des prévisions.

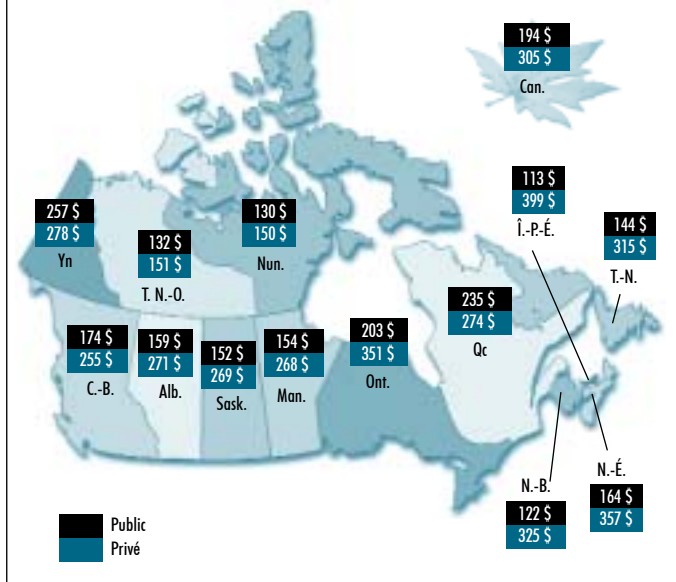
Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

(plus de 16 %) que celles du secteur privé (un peu moins de 3 %).

Dans le contexte de la tendance générale, la combinaison des dépenses de santé continue d'afficher des écarts importants au pays. En 2001, la part du secteur public s'échelonnait entre 22 % à l'Île-du-Prince-Édouard et 48 % au Yukon. Cet écart peut s'expliquer en partie par les différences dans la couverture des régimes d'assurance des gouvernements.

Dépenses en médicaments d'un océan à l'autre 72

En 2001, les secteurs public et privé au Canada ont dépensé en moyenne tout juste de 500 \$ par personne sur les médicaments au détail. La part du secteur privé variait de 150 \$ par personne au Nunavut à 399 \$ à l'Île-du-Prince-Édouard.



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Qui bénéficie d'une assurance-médicaments?

En 1998-1999, trois quarts (75 %) des Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir une assurance-médicaments publique ou privée (avec des franchises différentes). Les jeunes adultes et les Canadiens à faible revenu étaient moins susceptibles d'être assurés. Cette situation reflète dans une certaine mesure le fait que l'assurance privée est souvent un avantage offert par l'employeur qui couvre l'employé et les personnes à charge.

Qui possède un régime privé d'assurance? 73

En 1998-1999, les Canadiens dont le niveau d'études et le revenu sont les moins élevés étaient plus susceptibles de déclarer ne pas posséder d'assurance pour les médicaments prescrits. Ces tableaux indiquent le pourcentage de Canadiens âgés de 12 ans et plus selon le niveau d'études et le revenu qui ont signalé posséder un régime privé d'assurance-médicaments cette année-là.

Niveau d'études	%	Revenu	%
Moins que des études secondaires	71 %	Revenu inférieur	58 %
Études secondaires	72 %	Revenu moyen inférieur	66 %
Études collégiales	74 %	Revenu moyen supérieur	80 %
Études universitaires	80 %	Revenu supérieur	87 %
		Non précisé	73 %

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada.

Chaque province et territoire a mis au point son ou ses propres régimes d'assurance-médicaments financés par l'État. Les familles dont les revenus et les besoins médicaux sont semblables peuvent donc jouir d'avantages très différents, selon où elles vivent.

Les assistés sociaux sont couverts dans toutes les provinces et les territoires, mais les avantages ne sont pas les mêmes. La plupart des régimes publics couvrent aussi les personnes âgées (bien que la couverture soit établie en fonction du revenu dans certaines provinces). Certains régimes publics d'assurance-médicaments couvrent aussi des personnes atteintes de maladies précises — comme le VIH/SIDA, le cancer et le diabète — qui ont souvent besoin de pharmacothérapies coûteuses. Les maladies visées varient d'une administration à une autre.

La plupart des régimes publics demandent aux clients d'assumer une partie des coûts de leurs médicaments, au moyen de franchises ou de quotes-parts. Ces exigences ne sont pas les mêmes partout. Par exemple, les

régimes publics d'assurance-médicaments couvrent tous les habitants de la Saskatchewan, de la Colombie-Britannique et du Manitoba, mais ils doivent déboursier des franchises relativement élevées. De même, tous les Québécois sans assurance privée sont couverts par le régime public, mais ils doivent payer une franchise mensuelle.

On note aussi des différences dans les médicaments couverts par les régimes publics d'assurance-médicaments.^{36,37} Certains médicaments figurent sur les formulaires pharmaceutiques — listes des médicaments remboursables — de toutes les provinces et les territoires. D'autres sont couverts seulement dans certains secteurs de compétence. Les conditions de remboursement d'un médicament précis peuvent aussi varier.

De nombreux facteurs influencent les décisions liées au remboursement des médicaments. Ainsi, des groupes comme le Conseil d'évaluation des technologies de la santé visent à aider les gouvernements à

Qui est couvert?

74

La couverture des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments n'est pas la même partout. Ce tableau présente l'admissibilité. Les quotes-parts et les franchises sont aussi différentes. Une quote-part est la participation du patient aux coûts d'une prescription. Par exemple, il peut avoir à déboursier 4 \$ par prescription ou 20 % des coûts de chaque prescription. Une franchise est une somme que le patient doit payer, souvent sur une base annuelle, avant de recevoir des paiements d'assurance. Elle est normalement déduite de la somme qui sera versée au patient lors de sa première réclamation dans une année.

Province/ territoire	Assurance-médicaments de	Assurance-médicaments des services sociaux
T.-N.	Les résidents de 65 ans et plus qui reçoivent le SRG*	Assistés sociaux et ceux qui ne peuvent pas payer (tel qu'établi par un travailleur social)
I.-P.-É.	Les résidents de 65 ans et plus et les pensionnaires dans les foyers de soins exploités ou subventionnés par le gouvernement	Régime de prestations sanitaires à la famille, Programme d'assistance financière, Programme de soins aux enfants
N.-É.	Les résidents de 65 ans et plus inscrits auprès du programme d'assurance des services médicaux et qui n'ont pas d'autre assurance	Bénéficiaires du programme de prestations familiales et assistés sociaux
N.-B.	Les résidents de 65 ans et plus inscrits auprès du régime d'assurance-maladie de la province qui reçoivent le SRG* ou qui sont admissibles en vertu d'une évaluation des revenus, les pensionnaires dans les foyers de soins	Les résidents et leurs personnes à charge admissibles qui ont une carte valide de services de santé et qui ont besoin d'aide financière, tel qu'établi par Développement des ressources humaines, Nouveau-Brunswick
Qc	Tous les résidents qui n'ont pas accès à un régime de groupe d'assurance-médicaments (en général offert par l'employeur) ou à un autre régime public	Bénéficiaires de l'aide à l'emploi
Ont.	Les résidents de 65 ans et plus, les pensionnaires dans les établissements de soins prolongés ou spéciaux, ou les bénéficiaires des soins à domicile	Assistés sociaux, bénéficiaires du Programme de médicaments Trillium**
Man.	Participants à l'aide à l'emploi et les enfants sous la protection des sociétés d'aide à l'enfance	Participants à l'aide à l'emploi et au revenu et les enfants
Sask.	Tous les résidents qui n'ont pas d'autre assurance	Assistés sociaux, pensionnaires dans les établissements de soins prolongés ou spéciaux, bénéficiaires de prestations sanitaires à la famille, assurance-revenu de la province, personnes âgées qui reçoivent le SRG*
Alb.	Médicaments d'ordonnance couverts par les régimes privés ou un régime facultatif Croix-Bleue administré par le gouvernement provincial; les personnes âgées peuvent acheter une couverture élargie	Primes subventionnées en vertu du régime provincial d'assurance-maladie offerts aux résidents à faible revenu; prestations sanitaires aux enfants dans les familles à faible revenu
C.-B.	Tous les résidents	Assistés sociaux
Yn	Tous les résidents de 65 ans et plus et leur conjoint de 60 ans ou plus sans assurance privée	Personnes atteintes de maladies chroniques, d'invalidité fonctionnelle grave, enfants dans les familles à faible revenu
T. N.-O.	Métis et allochtones de 60 ans et plus	Aide au revenu

Remarque : L'information sur le Nunavut n'est pas incluse dans ce tableau.

* Supplément de revenu garanti.

** Offert à tous les Ontariens dont les dépenses en médicaments sont élevées par rapport à leur revenu.

Source : Compilation de l'ICIS

mesurer les coûts possibles et la valeur des nouvelles technologies, y compris les nouveaux médicaments. Ils ont recours à des lignes directrices et des outils complexes pour comparer les coûts, l'efficacité des traitements, le nombre possible d'années de vie gagnées et leur qualité, et d'autres facteurs, associés aux nouveaux médicaments, par rapport à ces mêmes éléments liés à d'autres façons de soigner un problème de santé précis. Cependant, une

étude récente a souligné l'importance de facteurs autres que la rentabilité dans le processus de prise de décision.³⁷

Pourquoi les dépenses en médicaments augmentent-elles?

La facture en médicaments au Canada augmente régulièrement depuis quelques années. En 2001, on estime que les ventes au détail de médicaments, par personne, auront plus que doublé par rapport à 1990 (non ajustées pour l'inflation).

Les chercheurs s'entendent pour dire que cette hausse est le reflet de plusieurs tendances. Ainsi, le CEPMB a récemment compilé la liste suivante des facteurs qui influencent les dépenses en médicaments.³⁰

- Changements dans la taille de la population
- Changements dans les caractéristiques démographiques et l'état de santé de la population
- Changements dans les prix unitaires des médicaments brevetés et non brevetés
- Changements dans les marges de détail et de gros et les honoraires professionnels
- Changements dans les habitudes de prescription des médecins (p. ex. qui passent des médicaments moins récents et moins coûteux aux médicaments plus récents et relativement plus chers pour soigner le même problème de santé)
- Changements dans l'utilisation des médicaments par patient (p. ex. plus de médicaments par patient par année)
- Tendance à avoir recours aux pharmacothérapies plutôt qu'à d'autres traitements (p. ex. comme solutions de rechange à la chirurgie dans certains cas)
- Émergence d'une nouvelle maladie qui peut être soignée avec des médicaments
- Persistance d'anciennes maladies qui peuvent maintenant être soignées avec des médicaments (aucun médicament n'existait avant ou elles peuvent être mieux soignées avec les nouveaux médicaments).

De nombreuses études sont en cours de réalisation pour déterminer quels sont les facteurs qui influencent le plus les dépenses en médicaments. Par exemple, Steve Morgan, de l'Université de la Colombie-Britannique, a

Les médicaments couverts varient selon l'endroit où vous habitez

Plus de deux millions de Canadiens sont atteints de diabète. Bien que l'alimentation et l'exercice physique soient les principaux traitements, certains diabétiques ont besoin de médicaments précis et de fournitures médicales pour gérer leur maladie. Pour ceux qui ont une assurance privée, ces médicaments et fournitures sont peut-être couverts en vertu d'une assurance-santé complémentaire. Pour ceux qui n'en ont pas, la plupart des régimes d'assurance-médicaments des provinces et des territoires couvrent en partie les coûts des médicaments, quoique la couverture peut varier. Certaines provinces offrent aussi une couverture additionnelle aux personnes atteintes de diabète et d'autres maladies qui entraînent des coûts élevés en médicaments. Mais il y a des écarts dans ce qui est couvert.

Pour illustrer ces différences, l'Association canadienne du diabète, en collaboration avec l'Association Diabète Québec, a récemment fait la synthèse des provinces qui couvrent les médicaments pour le diabète.

Qu'est-ce qui est sur les formulaires? 75

Les provinces et les territoires dressent des listes de médicaments (les formulaires) que leur régime couvre. Certains médicaments sont couverts dans tous les secteurs de compétence; d'autres non. Dans certains cas, les médicaments sont « restreints » : la couverture ne s'applique qu'à des patients ou des situations en particulier. Ce tableau indique quelles provinces couvrent l'insuline et neuf médicaments pour le diabète. Une coche signifie que le médicament est couvert, un « X », qu'il n'est pas couvert et un « R », qu'il est restreint.

Marque (nom du médicament)	T.-N.	I.-P.-E.	N.-E.*	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Actos (Pioglitazone)	X	X	X	R	R	X	X	R	R	X
Avandia (Rosiglitazone)	R	X	X	R	R	X	X	R	R	X
Diabeta (Glyburide)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Diabinese (Chlorpromamide)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Diamicon (Glizozide)	✓	X	✓	X	R	X	X	X	✓	R
Glucanorm (Repaglinide)	R	X	X	R	R	X	X	R	✓	X
Glucophage (Metformin)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Insuline	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Orinase (Tolbutamide)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prandose (Acarbose)	R	X	✓	R	✓	R	✓	✓	✓	✓

Source : Diabetes Report Card 2001, Association canadienne du diabète, www.diabetes.ca/news/reportcard/cda_report_card.pdf, mis à jour par l'ICIS.
* En date de septembre 2001; mises à jour plus récentes non disponibles.

récemment étudié 64 millions de prescriptions délivrées à des personnes âgées en Colombie-Britannique entre 1987 et 1999.⁴⁰ Ces prescriptions étaient couvertes par le régime A d'assurance-médicaments de la province. Pendant cette période, le nombre de prescriptions par personne a augmenté de 15 %. Par contre, les coûts des médicaments par personne ont fait un bond de presque 150 % (de 192 \$ à 479 \$), malgré la faible inflation des prix. Cette croissance s'explique en partie par l'utilisation accrue de médicaments plus récents. Les médicaments datant d'avant 1986 représentaient encore plus de la moitié (59 %) de toutes les prescriptions en 1999, mais seulement 22 % des dépenses.

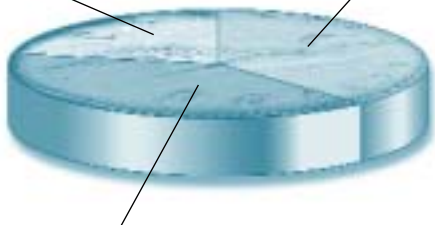
Ce qui explique la hausse du prix des médicaments en C.-B. 76

Dans une autre étude sur les médicaments d'ordonnance prescrits aux aînés dans le cadre du Pharmacare Plan de la Colombie-Britannique, Steve Morgan a analysé ce qui explique la hausse du prix moyen des médicaments par personne de 1985 à 1999. Il a constaté que trois principaux facteurs en étaient responsables. Leur importance relative est présentée ci-dessous.

22 ¢ : Des prix plus élevés pour chaque produit (compensé en partie par le remplacement de médicaments génériques de marque à moindre coût).

38 ¢ : Les aînés ont obtenu des prescriptions portant sur plus de catégories de médicaments (p. ex. des agents anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des benzodiazépines) en moyenne.

40 ¢ : Différents médicaments ont été prescrits dans une même catégorie (p. ex. changement de médicaments dans une même catégorie, augmentation de la posologie ou autres prescriptions pour d'autres médicaments appartenant à la même catégorie).



Source : Morgan S. (2002). Quantifying components of drug expenditure inflation: The British Columbia Seniors' Drug Benefit Program. Health Services Research (HSR), à venir.

Un autre chercheur du programme d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique a démontré que les coûts moyens des nouveaux médicaments de prescription ont augmenté au fil du temps.⁴¹ Selon ses études, le coût moyen des prescriptions pour les médicaments mis en marché avant 1986 est passé de 17,15 \$ en 1985 à 25,17 \$ en 2000, suivant généralement le rythme de

l'inflation. Par contre, le coût moyen des nouveaux médicaments a enregistré une croissance soutenue au fil des ans, supérieure à ce qui serait prévu compte tenu de l'inflation. Par exemple, les nouveaux médicaments lancés entre 1998 et 2000 coûtaient en moyenne 114,41 \$ en 2000 par prescription.

La publicité directe des médicaments fait-elle une différence?

Contrairement aux compagnies pharmaceutiques aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande, celles au Canada n'ont pas le droit de faire de publicité directe des médicaments d'ordonnance auprès du grand public.⁴² Par contre, les annonces indiquant le nom du médicament, le prix et la quantité, sont autorisées. Cela comprend, entre autres, les publicités dont l'objectif principal n'est pas de promouvoir les ventes, qui n'identifient pas des médicaments en particulier, qui favorisent la sensibilisation à la maladie ou la demande d'aide, ou qui font la promotion d'une entreprise plutôt que d'un médicament en particulier.

La publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO) est controversée.⁴³ Ses adeptes affirment qu'elle peut éduquer les consommateurs et leur donner des moyens d'agir, améliorer la conformité à la pharmacothérapie et promouvoir l'utilisation plus précoce de médicaments (et ainsi peut-être contribuer à une meilleure santé ou à la réduction des coûts d'hospitalisation). Ses opposants soutiennent que l'exposition à la PDMO et la disponibilité de renseignements semblables sur l'Internet peuvent contribuer à de mauvaises pratiques de prescription, à la hausse des coûts des médicaments et à des dommages possibles au patient ou à la relation patient/médecin. D'autres avancent que parce que les médicaments sont annoncés sur l'Internet et la télévision par câble, auxquels les Canadiens ont accès, il devient de plus en plus difficile de réglementer la PDMO.

Selon une étude récente⁴³, la PDMO peut avoir des répercussions sur le comportement des consommateurs, les pratiques de prescription et les coûts, même au Canada. Les auteurs ont comparé le comportement et les opinions de 78 médecins et 1 431 patients à Sacramento et Vancouver. La plupart des patients dans les deux villes (y compris 90 % de ceux à Vancouver) ont dit avoir vu des publicités de médicaments d'ordonnance. Néanmoins, les patients de Sacramento étaient plus susceptibles de demander un ou plusieurs médicaments pendant leurs consultations (15,8 % par rapport à 9,0 %), particulièrement des médicaments annoncés (7,3 % par rapport à 3,2 %).

Dans la plupart des cas, les médecins ont prescrit les médicaments demandés (79,6 % à Sacramento et 62,6 % à Vancouver),⁴³ même s'ils ont dit qu'ils n'auraient pas nécessairement prescrit ce médicament à un autre patient avec le même problème de santé qui ne l'aurait pas nommé spécifiquement.⁴³ Dans 50 % des cas où les patients ont demandé un médicament annoncé, les médecins ont déclaré être ambivalents quant au choix de traitement. Cela se compare à 12,4 % des cas où les médicaments n'ont pas été demandés par leur nom.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- La plupart des Canadiens consomment des médicaments d'ordonnance ou en vente libre au cours d'une année.
- Les dépenses publiques et privées liées aux médicaments ont augmenté chaque année depuis au moins 1975 (non ajustées pour l'inflation).
- Les critères d'admissibilité, les niveaux de prestation et la couverture des régimes d'assurance-médicaments varient selon les provinces et territoires.

Ce que nous ignorons

- Quel a été l'effet de l'élargissement de la protection par brevet sur l'utilisation des médicaments, les coûts et les résultats pour les patients?
- Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour contrôler les coûts et les augmentations de l'utilisation, tout en assurant la qualité des soins aux patients?
- Est-ce que les facteurs derrière les augmentations récentes des dépenses en médicaments sont les mêmes partout au pays?
- Quelles méthodes aident les patients et leurs dispensateurs de soins à maximiser les bienfaits des médicaments tout en minimisant les risques?

Ce qui se passe

- L'ICIS et les Instituts de recherche en santé du Canada financent conjointement la recherche visant à préciser l'ampleur des erreurs du système de santé dans les hôpitaux canadiens — y compris celles attribuables aux médicaments — et à explorer le développement de stratégies pour les surveiller et les réduire.
- L'ICIS et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés unissent leurs efforts pour développer un système d'information sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance pour l'ensemble du pays.
- Lors de leur conférence de janvier 2002, les premiers ministres ont convenu d'entreprendre un processus commun de révision des nouveaux médicaments couverts par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments et de collaborer pour simplifier le processus d'approbation des médicaments.⁴⁴

Pour en savoir davantage

- ¹ Berndt ER. (2001). The U.S. pharmaceutical industry: why major growth in times of cost containment. *Health Affairs*, 20, 100-114.
- ² Brown E. (1996). Halfway technologies. *Physician Executive*, 22(12), 44-45.
- ³ Tamblin R. (1996). Medication use in seniors: challenges and solutions. *Therapie*, 51(3), 269-282.
- ⁴ Poulin C. (2001). Medical and nonmedical stimulant use among adolescents: from sanctioned to unsanctioned use. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(8), 1039-1044.
- ⁵ Murray, GF. (1988). The road to regulation: patent medicines in Canada in historical perspective. In Blackwell JC et Erickson PG (Eds). *Illicit Drugs in Canada, a Risky Business*. Scarborough: Nelson Canada.
- ⁶ Santé Canada. (2000). *Food and Drugs Act and Regulations Departmental Consolidation*. Ottawa : Santé Canada.
- ⁷ Santé Canada. (2002). Bienvenue à la Direction des produits de santé naturels. www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp/welcome_f.html
- ⁸ Bureau des substances contrôlées, Santé Canada. (Le 7 avril 2001). Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales, Résumé de l'étude d'impact de la réglementation. www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/schedule/gazette.i/marihuana_f.pdf
- ⁹ Santé Canada, Bureau de l'accès médical au cannabis. (2001). Accès à la marijuana à des fins médicales – fonctionnement de la réglementation. www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/info_1-0601.htm
- ¹⁰ Communication personnelle. (2002) Bureau de l'accès médical au cannabis, Santé Canada.
- ¹¹ Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. (2000). *Rapport annuel 2000*. www.pmprb-cepmb.gc.ca/french
- ¹² Santé Canada. (Mars 2001). Des tests sévères pour les médicaments. *Revue Santé! Canada*. www.hc-sc.gc.ca/francais/revue/2001_03/drugs.htm
- ¹³ Santé Canada. (2001). Comment les médicaments sont examinés au Canada. www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/fact-sht/fact_drug_f.html
- ¹⁴ Lexchin J, Mintzes B. (2000). Drug approval times (lettre). *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162, 1803-1804.
- ¹⁵ Rawson NSB. (2000). Drug approval times (lettre). *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162, 1804.
- ¹⁶ Blakeslee D. (1998). Thalidomide. HIV/AIDS Resource Center, *The Journal of the American Medical Association*. www.ama-assn.org/special/hiv/newslines/briefing/thalido.htm
- ¹⁷ *L'encyclopédie du Canada*. (2002). Industrie pharmaceutique. www.thecanadianencyclopedia.com
- ¹⁸ *L'encyclopédie du Canada*. (2002). Frances Oldham Kelsey. www.thecanadianencyclopedia.com
- ¹⁹ Santé Canada, Direction des produits thérapeutiques. (2001). Effets indésirables des médicaments. www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut
- ²⁰ Santé Canada. (2001). *Lignes directrices concernant la notification des effets indésirables des médicaments commercialisés*. Ottawa : Santé Canada, Direction des produits thérapeutiques. www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/adr/industry-guidelines_f.pdf
- ²¹ Santé Canada. (2000) Compte rendu de l'Atelier de consultation des intervenants. *La monographie de produit – format, contenu et diffusion dans le public*. Du 11 au 13 septembre 2000. Ottawa : Santé Canada.
- ²² Association canadienne du diabète. (2002). *Information on availability of animal insulin*. www.diabetes.ca/about_diabetes/animal_insulin.html
- ²³ Reddy NR et Reddy IK. (2001). *Insulin formulations and injection devices: current status and future trends*. http://secure.1f.com/drug/ce/winter_2001/ce01_insulin_lesson.htm
- ²⁴ Diabetes UK. (2000, July 11). *Need for animal insulin*. www.diabetes.org.uk/news/july00/animal.htm
- ²⁵ Williams DR, Airey CM, Martin PG, Bennett CM, Spoor PA. (2000). Hypoglycaemia induced by exogenous insulin-‘human’ and animal insulin compared. *Diabetic Medicine*, 17, 416-432.
- ²⁶ Organisation mondiale de la Santé. (2000). The benefits and risks of self-medication. *Informations Pharmaceutiques OMS*, 14(1), 1-2.

6. SOIGNER LA MALADIE : CONSOMMATION ET COÛTS DES MÉDICAMENTS AU CANADA

- ²⁷ Carrie AG, Metge CJ, Zhanel GC. (2000). Antibiotic use in a Canadian Province, 1995-1998. *Annals of Pharmacotherapy*, 34(4), 459-464.
- ²⁸ Bashford JNR, Norwood J, Chapman SR. (1998). Why are patients prescribed proton pump inhibitors? Retrospective analysis of link between morbidity and prescribing in the General Practice Research Database. *British Medical Journal*, 317, 452-456.
- ²⁹ Mamdani MM, Tu K, Jaakkimainen L, Bica A, Hux J. (2001). Proton pump inhibitors: Compliance with a mandated step-up program. *Médecin de famille canadien*, 47, 531-535.
- ³⁰ Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. (2000). *Rapport annuel 2000*. www.pmprb-cepmb.gc.ca
- ³¹ Industrie Canada. (Le 12 juillet 2001). Communiqués. Le gouvernement du Canada rend la Loi sur les brevets conforme aux obligations prises envers l'Organisation mondiale du commerce. www.ic.gc.ca.
- ³² Gouvernement du Canada. (1997). *Revue de la Loi de 1992 modifiant la Loi sur les brevets*. www.strategis.ic.gc.ca
- ³³ Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments. (Avril 1999). *Médicaments non brevetés de fournisseur exclusif les plus vendus en 1996 : comparaison des prix à l'échelle internationale*. Approuvé par la Conférence des sous-ministres fpt de la Santé, les 17 et 18 juin 1999, Charlottetown, Î.-P.-É.
- ³⁴ Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*. Ottawa : ICIS.
- ³⁵ Organisation de coopération et de développement économiques. (2001). *Éco-Santé OCDE 2001*. Paris : OCDE.
- ³⁶ Anis AH, Guh D, Wang Xh. (2001). A dog's breakfast: prescription drug coverage varies widely across Canada. *Medical Care*, 39(4), 312-314.
- ³⁷ Grègoire JP, MacNeil P, Skilton K, Moisan J, Menon D, Jacobs P, McKenzie E, Ferguson B. (2001). Inter-provincial variation in government drug formularies. *Revue canadienne de santé publique*, 92(4), 307-312.
- ³⁸ Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. (1997). *Lignes directrices pour l'évaluation économique des produits pharmaceutiques : Canada*. 22^e éd. Ottawa : Office canadien de la coordination de l'évaluation des technologies de la santé
- ³⁹ Association canadienne du diabète. (2001). *Diabetes Report Card 2001*. www.diabetes.ca/news/reportcard/cda_report_card.pdf
- ⁴⁰ Morgan S. (2001). Statistics and drug utilization: Are prescribing rates really that high? (Commentary). *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(11), 1507-1508.
- ⁴¹ Communication personnelle. Sean Burnett, BC Pharmacare.
- ⁴² Santé Canada, Programme des produits thérapeutiques. (1999). *La publicité directe des médicaments d'ordonnance*. Document de discussion. Ottawa : Santé Canada
- ⁴³ Mintzes B, Barer ML, Kazanjian A, Basset K, Evans RG, Morgan S. (2002). *An Assessment of the Health System Impacts of Direct-To-Consumer Advertising of Prescription Medicines (DTCA)*. University of British Columbia: Centre for Health Services and Policy Research.
- ⁴⁴ Conférence des premiers ministres sur la santé. (Janvier 2002). www.gov.bc.ca/prem/popt/speech/jan_25_health_conference.htm

Partie C : Perspectives



7. Conclusion

Comment les services de santé doivent-ils être financés, gérés et dispensés? Qu'est-ce qui doit être fait pour attirer, recruter et conserver la meilleure combinaison de professionnels de la santé afin de répondre aux besoins d'une collectivité en particulier? Qu'est-ce qui doit être fait pour améliorer la qualité des soins?

Les Canadiens tentent de résoudre ces questions, et bien d'autres. Des commissions ont été formées. Les politiciens discutent des enjeux. Les médias regorgent de comptes rendus. Et les Canadiens parlent de ce qu'est notre système de santé aujourd'hui et de ce qu'il devrait être dans les années à venir.

Nous ne sommes pas seuls. Sur le plan international, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a récemment énoncé¹ les objectifs d'un système de santé :

- Améliorer l'état de santé.
- Réduire les inégalités en matière de santé.
- Améliorer la réceptivité aux attentes légitimes.
- Augmenter l'efficacité.
- Protéger les individus, les familles et les collectivités contre les pertes financières.
- Accroître l'équité dans le financement et la prestation des soins de santé.

L'OMS a ensuite tenté d'évaluer dans quelle mesure différents pays réalisent ces objectifs. Pour sa part, l'Organisation de coopération et de développement économiques a récemment annoncé une revue triennale des systèmes de santé dans chacun de ses 30 pays membres. L'exercice vise à identifier ce que les pays peuvent ou devraient faire pour organiser et dispenser les services de santé de façon plus efficace et efficiente.

Avant de décider ce qui *devrait être*, il est bon de comprendre ce qui *est*. Voilà la raison d'être du présent rapport et du document d'accompagnement *La santé de la population canadienne*.

Les soins de santé au Canada 2002 compile les dernières données sur le système de santé et les tendances — enrichies de résultats de recherche récente — et met en évidence ce que nous savons et ignorons du système de santé canadien. Il fait le point sur les nombreux changements que les soins de santé ont connus dans les 10 dernières années. Par exemple, le niveau et l'agencement des dépenses ont fluctué au cours de cette période. Les hôpitaux ont encore reçu la plus grosse part (32,2 milliards de dollars) des 102,5 milliards record dépensés en 2001, mais les dépenses en médicaments (maintenant 15,5 milliards) devancent celles liées aux services médicaux depuis 1997. Parallèlement, les séjours de plus de 24 heures à l'hôpital ont diminué, mais la chirurgie d'un jour a connu une hausse. Il y a toutes sortes d'autres changements importants, de l'augmentation de l'obésité chez les enfants aux nouveaux modèles de soins primaires, en passant par une meilleure information sur les résultats pour la santé.

Mais les changements ne se font pas sentir partout. Ainsi, la majorité des Canadiens disent être en très bonne ou en excellente santé, quoiqu'on note toujours des différences au sein des collectivités et entre elles. Il y a toujours des différences régionales dans les facteurs qui influent sur la santé, la façon dont les services de santé sont organisés et utilisés, les résultats cliniques, et d'autres domaines. De même, promouvoir la santé, prévenir les maladies et dispenser des soins de qualité sont des défis qui persistent, même si les critères ont quelque peu changé depuis l'introduction de l'assurance-maladie.

Dans plusieurs domaines, nous en savons plus aujourd'hui sur ce qui change et ne change pas. Le rapport de cette année présente des nouvelles données et recherches, ainsi que des mises à jour. Par exemple, nous savons comment vont les patients 30 jours après une crise cardiaque ou un ACV dans la plupart des régions du pays. Nous connaissons aussi la probabilité de réadmission à l'hôpital des patients atteints de divers problèmes de santé pour recevoir d'autres soins. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes offrent une nouvelle perspective des différences dans la santé et l'utilisation des services de santé un peu partout au pays.

Nous avons parcouru beaucoup de chemin, mais la route est encore longue. De nombreuses questions demeurent sans réponse. Et les soins de santé continuent d'évoluer, même dans les deux ans depuis la parution de notre premier *Les soins de santé au Canada*. Une meilleure compréhension passe par des données et des analyses opportunes, fiables, systématiques et comparables qui combleront des lacunes importantes.

Dans les rapports à venir, nous comptons continuer à tirer profit des connaissances actuelles. Nous surveillerons aussi comment le système de santé du Canada, les gens qui y travaillent et ceux qui l'utilisent réagissent aux récentes revues des soins de santé et aux vagues de changement.

À l'écoute

Au début de 2001, l'ICIS et quatre autres organismes ont effectué une vaste consultation pancanadienne sur les services de santé et les questions stratégiques prioritaires.² Des décideurs, des administrateurs et des organismes cliniques ont défini les domaines pour lesquels ils avaient des questions et que des recherches étudieraient d'ici deux à cinq ans. Huit thèmes principaux sont ressortis dans divers milieux et sous diverses formes. Les voici :

- Ressources humaines de la santé
- Financement et attentes du public
- Gestion publique et responsabilisation
- Provoquer et gérer les changements au système
- Améliorer la qualité
- Évaluation des soins de santé et de la technologie
- Demander l'avis du public à l'ère de la cybersanté
- Améliorer l'accès pour les groupes « marginalisés »

De plus, la consultation a permis de préciser sept thèmes secondaires :

- Soins primaires
- Mondialisation
- Régionalisation
- Santé de la population
- Continuum des soins et modèles de prestation
- Indicateurs de rendement, points de repère et résultats
- Évolution du rôle des aidants naturels et des bénévoles

Le présent rapport aborde certains de ces thèmes. Nous espérons pouvoir en explorer beaucoup plus à l'avenir, à mesure que l'information, l'analyse et la recherche évoluent.

Nous planifions déjà le rapport de 2003. Nous accueillerons les commentaires avec plaisir — du public, des professionnels de la santé et des autres — pour nous aider à constamment améliorer notre capacité à répondre à vos besoins en information. Veuillez nous les communiquer en remplissant le formulaire de rétroaction à la fin du rapport ou par courriel à rappportsante@cihi.ca.

Pour en savoir davantage

¹ Organisation mondiale de la Santé (1999). *Rapport sur la santé dans le monde 1999 – Pour un réel changement*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

² Gagnon D, Ménard M. (2001). *À l'écoute : Consultation nationale sur les enjeux reliés aux services et aux politiques de la santé*. Ottawa : Comité consultatif sur les services de santé de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Institut canadien d'information sur la santé, Institut des services et des politiques de la santé (Instituts de recherche en santé du Canada).

Les numéros de page en italique indiquent que l'information apparaît dans un tableau, une figure ou un encadré.

- accès aux soins 17-18
- acupuncture 14
- ACV 56, 71, 96
 - hospitalisations 15
 - mortalité 43-45
 - traitement 41
- administrateurs des soins de santé
 - caractéristiques démographiques 28
 - recrutement et maintien en poste 28
- âge
 - administrateurs des soins de santé 28
 - cancer du sein 68
 - dépenses de santé 30-31
 - état de santé 13
 - recours à la médecine parallèle 15
 - satisfaction à l'égard des soins 16
 - utilisation des médicaments 80, 81
 - utilisation des ressources de santé 35
- aidants naturels 15
- Alberta
 - accès aux soins 18
 - crise cardiaque et ACV 42-44, 46
 - dépenses de santé 6, 30-31
 - dépenses en médicaments 85, 86, 87
 - dépistage du cancer 68
 - hospitalisations 14
 - médecins 25, 33
 - ministres et sous-ministres de la Santé 28
 - rapport sur la santé 5, 6
 - régionalisation 7, 8
 - salubrité de l'eau 63
 - satisfaction à l'égard des soins 16
 - taux de dons d'organes 50
 - taux de survie au cancer 48
 - temps d'attente 19
 - vaccination 64-65, 66
 - volume de soins 54, 55
- analgésiques 80-81
- antibiotiques 81
- antidépresseurs 81
- assurance-maladie
 - couverture pour les médicaments 85-87
 - dépenses de santé 31
 - introduction 12
 - principes pancanadiens 12-13
- calmants 81
- cancer
 - dépistage 9, 67-68
 - mortalité 48, 49
 - temps d'attente pour une chirurgie 19
- cancer cervico-facial 19
- cancer colorectal 19, 48
- cancer de la prostate 48
- cancer du col utérin 67-68
- cancer du pancréas 53, 55
- cancer du poumon 48, 56, 71
- cancer du sein
 - cancer gynécologique 19
 - cancer thoracique 19
 - cancer urologique 19
- centres de santé 8, 14
- chiropraticiens
 - nombre 23
 - visites 14, 15
- chirurgie
 - centralisation 55
 - de jour 15
 - effet des volumes de cas 52-54
 - lacunes de l'information 56
 - temps d'attente 18, 19, 20
 - transplantation 49-52
- cholécystectomie 53
- cocaïne, dans d'autres médicaments 77
- Colombie-Britannique
 - crise cardiaque et ACV 42, 46
 - dépenses de santé 30-31
 - dépenses en médicaments 85, 86-88
 - dépistage du cancer 67-68, 68
 - étudiants en médecine 26
 - hospitalisations 14
 - médecins 25
 - ministres et sous-ministres de la Santé 28
 - pontage aortocoronarien 55
 - rapport sur la santé 5
 - régionalisation 7, 8
 - salubrité de l'eau 62
 - syphilis 67
 - taux de dons d'organes 50
 - taux de survie au cancer 48, 48
 - temps d'attente 19-20
 - vaccination 66
 - volume de soins 54, 55
- Commission Clair, Québec 5, 6
- Commission Fyke, Saskatchewan 5-6
- Commission Kirby 1, 5
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada 1, 5
- Commissions royales et autres
 - Avenir des soins de santé (fédéral) 1, 5
 - Commission Clair, Québec 5, 6
 - Commission Fyke, Saskatchewan 5-6
 - Commission Kirby (fédéral) 1, 5
 - Rapport Mazankowski, Alberta 5, 6
- comparaisons internationales
 - coûts des médicaments 83, 84
 - dépenses de santé 29-30
 - DSE 35
 - salubrité de l'eau 60
 - satisfaction professionnelle des infirmières 17
 - survivre à une transplantation 52
 - système de santé 95
 - temps d'approbation des médicaments 79
 - temps d'attente 19
 - utilisation de médicaments 81
 - vaccination 65
- coqueluche 64
- Croix-Rouge 72
- dentistes
 - et les dépenses de santé 31
 - étudiants 27
 - nombre 23
 - visites 14
- dépenses de santé
 - combinaison secteur public/privé 13, 29, 85
 - croissance 6, 29
 - différences provinciales/territoriales 30-31
 - lacunes de l'information 36

- législation 12
- médicaments 84-88
- où va l'argent 30, 32-34
- dépenses voir dépenses de santé
- dépistage 9, 67-68, 69
 - taux de survie 48
 - temps d'attente pour une chirurgie 19
- diabète 9, 56, 66, 80, 81, 86, 87
- diphthérie 64, 65
- dispensateurs de soins, voir aussi professions spécifiques
 - chiffres 23
 - dépenses de santé 32
 - étudiants 26-28
 - initiatives 36
 - lacunes de l'information 36
 - rapports à ce sujet 23
 - rôles 23
 - rôles changeants 7
 - types 14, 23
- don d'organes 49-50, 51, 56
- dossiers de santé électroniques (DSE) 34-36
- éducation
 - administrateurs des soins de santé 28
 - dentistes 27
 - état de santé 13
 - frais de scolarité pour les professions de la santé 27
 - infirmières 26
 - médecins 26
 - recours à la médecine parallèle 15
 - utilisation des ressources de santé 35
- enfants
 - cancer 49
 - obésité 70
 - promotion de la santé 69-70
 - vaccination 64-65
- espérance de vie 13, 21, 29
- état de santé, déterminants 12-13, 44-45, 59
- exercice 15
- femmes
 - cancer du col utérin 67-68
 - confiance dans la salubrité de l'eau 63
 - crise cardiaque ou ACV 41
 - dépenses de santé 31
 - espérance de vie 13
 - recours à la médecine parallèle 15
 - satisfaction à l'égard des soins 16
 - sein 9, 19, 48, 67-68
 - taux de survie au cancer 48
 - travailleurs de la santé 26, 28
 - utilisation de médicaments 80
- Forces canadiennes
 - Plan en cas de sinistres 72
 - responsabilité fédérale pour la santé 13, 84
- Gendarmerie royale du Canada 13, 84
- grossesse et accouchement
 - hospitalisations 15
 - utilisation de médicaments 79
 - vaccination 64
- Hemophilus influenzae* type b (Hib) 64
- hépatite B 64
- Hib (*Hemophilus influenzae* type b) 64
- homéopathie 14, 15
- hommes
 - confiance dans la salubrité de l'eau 63
 - crise cardiaque ou ACV 41-42
 - dépenses de santé 31
 - espérance de vie 13
 - recours à la médecine parallèle 15
 - satisfaction à l'égard des soins 16
 - taux de survie au cancer 48
 - travailleurs de la santé 26, 28
- hôpitaux
 - dépenses de santé 32
 - histoire 12
 - lacunes de l'information 21
 - législation 12
 - satisfaction 16
 - temps d'attente pour l'admission 20
 - types 14
- hospitalisations
 - asthme 46-47
 - crise cardiaque et ACV 15, 41-43, 45-47
 - grossesse et accouchement 15
 - lacunes de l'information 56
 - soins de courte durée 14, 15
 - troubles digestifs 15
- hygiénistes dentaires 23
- hystérectomie 15, 46, 53, 55
- Île-du-Prince-Édouard
 - dépenses de santé 30, 31
 - dépenses en médicaments 85, 86, 87
 - dépistage du cancer 68
 - études en sciences infirmières 26
 - hospitalisations 14
 - médecins 25
 - ministres et sous-ministres de la Santé 28
 - régionalisation 7, 8
 - soins infirmiers 24
 - vaccination 64, 66
- immigration, médecins 26
- infection par VIH 71-72
- infirmières
 - chiffres provinciaux/territoriaux 24
 - étudiantes 26-27
 - migration 25
 - milieu rural vs milieu urbain 25
 - nombre 23, 24
 - rapports 23, 25
 - recrutement et maintien en poste 26
 - rôles 7, 24
 - satisfaction professionnelle 17
- information sur la santé
 - DES 34-36
 - expansion rapide 34
 - ICIS 36
 - initiatives 36
 - Internet 35
- inhibiteurs de la pompe à protons 82
- insuffisance de poids à la naissance 69
- insuline 9, 49, 56, 77, 80, 87
- Internet
 - comme source d'information 35
 - lacunes de l'information 36
- intervention de Whipple 53, 55

- Labrador voir Terre-Neuve et Labrador
- maladies cardiaques
 hospitalisations 15
 mortalité 42-43
 temps d'attente pour une chirurgie 20
 traitement 41
- maladies chroniques 15
- mammographie 9, 67-68, 69
- Manitoba
 dépenses de santé 30-31, 30, 31
 dépenses en médicaments 85, 86, 87
 dépistage du cancer 68
 hospitalisations 14
 médecins 25, 33
 ministres et sous-ministres de la Santé 28
 régionalisation 7
 remplacements articulaires 54
 soins à domicile 34
 taux de dons d'organes 50
 taux de survie au cancer 48
 temps d'attente 19
 vaccination 64, 66
- marijuana 78
- massothérapie 14, 15, 32
- médecine chinoise 15, 78
- médecine complémentaire, voir médecine parallèle
- médecine parallèle 14, 15, 21
- médecins
 charge de travail 26
 combinaison changeante 17
 dépenses de santé 32
 en tant que ressource d'information 35
 étudiants 26-27
 habitudes de prescription 87, 88
 nombre 17, 23, 25-26
 opinion sur les DSE 34, 35
 promotion de la santé 69
 recrutement et maintien en poste 25
 rémunération à l'acte 7, 8, 26, 32, 33
 rémunération autre qu'à l'acte 32, 33
 rôles 25
 temps d'attente 19, 21
 utilisation de l'Internet 35, 36
 visites 14, 18, 21, 33
- médicaments
 abus 77
 brevets 82-83
 caractéristiques de l'utilisation 80-81, 87-88
 dépenses de santé 31-32, 84-88
 drogues illicites 71-72, 77, 78
 initiatives 89
 lacunes de l'information 89
 législation 77-78
 nouveaux vs anciens 81-82
 prescription vs en vente libre 80
 processus d'approbation 78, 79
 publicité 88
 surveillance post-commercialisation 79-80
- médicaments contre les allergies 80
- médicaments contre les brûlures d'estomac 82
- médicaments contre les maux d'estomac 81
- médicaments pour le cœur 81
- minéraux, utilisation de 15, 78
- ministres et sous-ministres de la Santé 28, 56
- mortalité
 après une transplantation 51, 52
 causée par le cancer 9, 48, 4, 67-68
 causée par les ACV 2, 43, 56
 causée par les maladies cardiaques 41, 42-43
 et volume dans les hôpitaux 2, 52-53, 56
 lacunes de l'information 6, 56
- naturopathie 14, 32
- North Battleford, Saskatchewan 59, 60
- Nouveau-Brunswick
 dépenses de santé 30-31
 dépenses en médicaments 85, 86, 87
 dépistage du cancer 68
 hospitalisations 14
 médecins 25
 ministres et sous-ministres de la Santé 28
 rapport sur la santé 5
 régionalisation 7, 8
 taux de survie au cancer 48
 temps d'attente 19, 20
 vaccination 66
- Nouvelle-Écosse
 crise cardiaque et ACV 42, 44-46, 47
 dépenses de santé 30-31
 dépenses en médicaments 85-87
 dépistage du cancer 68
 hospitalisations 14
 médecins 25
 ministres et sous-ministres de la Santé 28
 régionalisation 7
 remplacements articulaires 54
 taux de survie au cancer 48
 temps d'attente 19-20
 vaccination 64, 66
- Nunavut
 calendrier de vaccination 64
 dépenses de santé 30-31
 dépenses en médicaments 85
 hospitalisations 14
 médecins 25
 ministres et sous-ministres de la Santé 28
 régionalisation 7
- Ontario
 chirurgies d'un jour 15
 crise cardiaque et ACV 41-47
 dépenses de santé 12, 30-31
 dépenses en médicaments 82, 83, 85, 86, 87
 dépistage du cancer 68
 étudiants en médecine 26-27, 28
 hospitalisations 14
 médecins 7, 17, 25
 médecins rémunérés à l'acte 7
 ministres et sous-ministres de la Santé 28
 régionalisation 7
 réseaux de santé 8
 salubrité de l'eau 60, 61, 62-63
 satisfaction à l'égard des soins 16, 20
 taux de dons d'organes 50
 taux de survie au cancer 48
 temps d'attente 19, 20, 21
 transplantations 51, 52
 vaccination 64, 66
- optométristes 23
- oreillons 64

LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA 2002

- Organisation mondiale de la Santé
 - dépistage du cancer du sein 9, 68
 - médicaments d'ordonnance 80
 - systèmes de santé 95
 - vaccination 63-64
- orthodontistes 14
- pénicilline 81
- personnes âgées
 - couverture pour les médicaments 86, 87
 - dépenses de santé 31
 - satisfaction à l'égard des soins 16
 - utilisation de médicaments 80, 81
 - vaccins contre la grippe 66
- perte de poids 15
- pharmaciens 23, 35, 79, 82
- physiothérapeutes 23, 32
- poids
 - effet sur la santé 69
 - enfants 70
 - initiatives 73
- polio 64
- pratiques sexuelles
 - infection par VIH 71
 - syphilis infectieuse 67
- Premières Nations
 - responsabilité fédérale pour la santé 13, 84
 - salubrité de l'eau 61
- prévention des maladies
 - cancer 67-68
 - rôle de la santé publique 60
 - salubrité de l'eau 60-63
 - syphilis 67
 - vaccination 63-66
- prisonniers 13, 84
- programmes d'échange de seringues 71-72
- Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest 21
- promotion de la santé
 - document de politique 60
 - initiatives 73
 - lacunes de l'information 36, 73
 - pour les enfants 69-70
 - réduction de l'infection par VIH 71-72
 - réduction du tabagisme 15, 70-71
 - rôle de la santé publique 69
- provinces
 - crise cardiaque et ACV 42, 43, 44, 46-47
 - dépenses de santé 6, 30-32
 - dépenses en médicaments 84-86, 87
 - dépistage du cancer 68
 - hospitalisations 14
 - infirmières 24-25
 - médecins 25
 - ministres et sous-ministres de la Santé 28
 - régionalisation des soins de santé 7-8
 - remplacements articulaires 54
 - salubrité de l'eau 62-63
 - taux de dons d'organes 50
 - taux de survie au cancer 48
 - transplantations 51
 - vaccination 64, 66
- Provinces de l'Atlantique, voir aussi provinces spécifiques
 - consommation de drogues à mauvais escient 77
 - taux de dons d'organes 50
- provinces de l'Ouest, voir aussi provinces spécifiques
 - transplantations 51, 52
- psychologues 2, 32
- Québec
 - administrateurs des soins de santé 28
 - assurance-maladie 6
 - dépenses de santé 30-31
 - dépenses en médicaments 85, 86, 87
 - dépistage du cancer 68
 - hospitalisations 14
 - médecins 25
 - ministres et sous-ministres de la Santé 28
 - rapports sur la santé 5, 6
 - régionalisation 7, 8, 55, 96
 - remplacements articulaires 54
 - rôle des infirmières 7
 - salubrité de l'eau 63
 - taux de dons d'organes 50
 - temps d'attente 19
 - transplantations 51, 52
 - vaccination 66
- Rapport Mazankowski, Alberta 5, 6
- rapports sur les soins de santé
 - au Canada 5-6
 - sur les dispensateurs de soins 23, 25
- recherche
 - cellule souche 9
 - transplantation des îlots de Langerhans 9, 49, 56
- recherche sur les cellules souches 9
- régionalisation 5, 7-8
- régions rurales
 - infirmières 25
 - médecins 7, 26, 27
- remèdes à base de plantes médicinales 15, 78
- remplacement articulaire
 - registre 21
 - temps d'attente 19
 - volume de soins 53-54
- réseaux de santé 8
- résultats des soins
 - ACV 41, 43, 44-45
 - asthme 46-47
 - cancer 48, 49
 - chirurgie 52-55
 - crise cardiaque 41-47
 - initiatives 56
 - lacunes de l'information 56
 - transplantation 49-52
- revenu
 - et dépenses de santé 32
 - et état de santé 13
 - et recours à la médecine parallèle 15
 - et utilisation de médicaments 80
- rougeole 60, 64, 65
- rubéole 64
- sages-femmes 23
- salubrité de l'eau
 - avis de faire bouillir l'eau 62, 63
 - contaminants 62
 - initiatives 73
 - lacunes de l'information 73

- opinions des Canadiens 63
- recommandations 61-62
- risques de maladie 60
- santé publique
 - histoire 59
 - prévention des maladies 60-68
 - promotion de la santé 8, 12, 36, 60, 69-72, 73
 - rôles 59
 - urgences 72
- Saskatchewan
 - assurance-hospitalisation 12
 - crise cardiaque et ACV 42, 44, 46
 - dépenses de santé 6, 30-31
 - dépenses en médicaments 85, 86, 87
 - dépistage du cancer 68
 - hospitalisations 14
 - interventions d'urgence 5
 - médecins 25
 - médecins rémunérés à l'acte 8
 - ministres et sous-ministres de la Santé 28
 - rapport sur la santé 5
 - régionalisation 5, 7, 8
 - remplacements articulaires 54
 - salubrité de l'eau 60
 - satisfaction à l'égard des soins 16
 - taux de dons d'organes 50
 - taux de survie au cancer 48
 - temps d'attente 21
 - vaccination 66
- services d'urgence
 - intervention de la santé publique 72
 - lacunes de l'information 21
 - Saskatchewan 5
 - temps d'attente 19-20
- services de santé
 - combinaison de financement 13
 - initiatives 21
 - solution de rechange 6, 14, 15, 21
 - types utilisés 14, 21
- sexe
 - administrateurs des soins de santé 28
 - confiance dans la salubrité de l'eau 63
 - crise cardiaque ou ACV 41-42
 - dépenses de santé 30-31
 - espérance de vie 13
 - recours à la médecine parallèle 15
 - satisfaction à l'égard des soins 16
 - taux de survie au cancer 48
 - travailleurs de la santé 26
 - utilisation de médicaments 80
- SMSN (syndrome de mort subite du nourrisson) 69-70
- Société canadienne du cancer 9
- soins à domicile 32, 33
- soins de la vue
 - nombre d'optométristes 23
 - visites à des spécialistes 14
- soins de santé
 - accès 17-18
 - opinion des Canadiens 16, 21
 - primaires 8
- somnifères 81
- spécialistes de la vue
 - nombre 23
 - visites 14
- syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) 69-70
- syphilis 60, 67
- système de santé
 - comparaisons internationales 95
 - histoire 12
 - responsabilités fédérales 13
 - satisfaction 16, 21
- tabagisme 67, 69, 73
 - abandon ou réduction 15, 70-71
 - taux 70
- temps d'attente
 - dans les urgences 19-20
 - définition 18
 - facteurs qui influencent 18-19
 - initiatives 21
 - lacunes de l'information 21
 - pour un organe 49-50
 - pour une admission 20
 - pour une chirurgie 19, 20
- Terre-Neuve et Labrador
 - dépenses de santé 30, 31
 - dépenses en médicaments 85, 86, 87
 - dépistage du cancer 68
 - étudiants en sciences infirmières 26
 - hospitalisations 14
 - médecins 25
 - ministres et sous-ministres de la Santé 28
 - régionalisation 7
 - salubrité de l'eau 62, 63
 - taux de survie au cancer 48
 - vaccination 66
- territoires
 - crise cardiaque et ACV 42, 46-47
 - dépenses de santé 30-32
 - dépenses en médicaments 84-86
 - hospitalisations 14
 - infirmières 24
 - médecins 25
 - ministres et sous-ministres de la Santé 28
 - régionalisation des soins de santé 7-8
 - salubrité de l'eau 62
 - vaccination 64, 66
- Territoires du Nord-Ouest
 - calendrier de vaccination 64, 66
 - dépenses de santé 30-31
 - dépenses en médicaments 85-87
 - hospitalisations 14
 - médecins 25
 - ministres et sous-ministres de la Santé 28
 - rapport sur la santé 5
 - régionalisation 7
- Tests de Pap 67, 68-69
- tétanos 64, 65
- thalidomide 79
- transplantation
 - dons d'organes 9, 49-50, 56
 - en hausse 49
 - initiatives 56
 - mortalité 51
 - taux de survie 50-52
 - xénotransplantation 51
- transplantation des îlots de Langerhans 9, 49, 56
- transplantations cardiaques 49, 51
- transplantations du foie 49, 51, 52
- transplantations du pancréas 49, 50

LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA 2002

transplantations pulmonaires 49
transplantations rénales 49, 5, 52
troubles digestifs 15

vaccination

des adultes 64, 66
des enfants 64-65
initiatives 73
lacunes de l'information 73
vaccins contre la grippe 66
varicelle 64
variole 63-64
vaccination contre la grippe 66
varicelle 64
variole 12, 60, 63-64
vétérans 13, 84
vitamines, consommation de 15

Walkerton, 59, 60, 61, 62

xénotransplantation 51

Yukon

dépenses de santé 30-31
dépenses en médicaments 85
hospitalisations 14
médecins 25
ministres et sous-ministres de la Santé 28
régionalisation 7

Nom _____
 Titre _____
 Organisation _____

 Adresse _____
 Ville/prov/code postal _____

 Téléphone _____
 Télécopieur _____
 Courriel _____

Méthode de paiement

Ci-joint un chèque ou un mandat de _____ \$ à l'ordre de l'Institut canadien d'information sur la santé

Visa MasterCard

Numéro de carte : _____

Date d'expiration : _____

Nom du détenteur : _____

Signature autorisée : _____

Veillez envoyer le paiement à :

Institut canadien d'information sur la santé
 Bureau des commandes
 377, rue Dalhousie, bureau 200, Ottawa (Ontario) K1N 9N8
 Tél. : (613) 241-7860 Téléc. : (613) 241-8120.

PRODUIT†	QUANTITÉ	PRIX A	PRIX B	TOTAL
Les soins de santé au Canada 2002 (exemplaire imprimé)**		25 \$	35 \$	
Les soins de santé au Canada 2002 (version Web à www.icis.ca)		0 \$	0 \$	s.o.
Health Care in Canada 2002 (exemplaire imprimé)**		25 \$	35 \$	
Health Care in Canada 2002 (version Web à www.icis.ca)		0 \$	0 \$	s.o.

N° d'inscription aux fins de la TPS/TVH R137411641

Sous-total

Frais de port et de manutention applicables aux commandes de l'extérieur du Canada (minimum 25 \$)

Total taxable

TPS (7%) ou TVH (15%)*

TOTAL

Prix A s'applique aux établissements de santé canadiens, aux gouvernements, aux organismes de santé sans but lucratif, aux universités, aux professionnels de la santé et aux chercheurs du secteur public.

Prix B s'applique aux exploitations commerciales privées (comme les fournisseurs et les conseillers en logiciels, (sans toutefois s'y limiter), les clients de l'extérieur du Canada et ceux qui ne se qualifient pas pour le prix A.



† Pour obtenir des renseignements sur les autres produits de l'ICIS, veuillez consulter le catalogue sur le site Web de l'ICIS (www.icis.ca).

* Toutes les commandes sont assujetties à la taxe sur les produits et services de 7 % ou à la taxe de vente harmonisée de 15 % en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve (ne s'applique pas aux commandes expédiées à l'extérieur du Canada).

** Un prix spécial est offert aux étudiants et aux aînés; veuillez consulter le site Web de l'ICIS (www.icis.ca)

Nous serons heureux de connaître vos commentaires et vos suggestions sur *Les soins de santé au Canada 2002* et sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. Veuillez remplir ce questionnaire ou envoyer vos idées par courriel à rapportsante@cihi.ca.

Veuillez retourner le questionnaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Rétroaction sur les *rapports sur la santé*
 Institut canadien d'information sur la santé
 90, avenue Eglinton Est, bureau 300
 Toronto (Ontario)
 M4P 2Y3

Instructions

Pour chacune des questions, inscrivez un « X » vis-à-vis la réponse la plus appropriée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous voulons seulement connaître votre opinion. Notre objectif est d'améliorer les rapports à venir. Les réponses individuelles sont confidentielles.

Satisfaction générale à l'égard du rapport

1. Comment avez-vous obtenu un exemplaire de *Les soins de santé au Canada 2002*?

- Par la poste
 Un collègue me l'a remis
 Sur Internet
 J'ai commandé mon propre exemplaire
 Autre (veuillez préciser) _____

2. Dans quelle mesure avez-vous lu le rapport?

- J'ai lu tout le rapport
 J'ai lu certains chapitres et parcouru tout le rapport
 J'ai parcouru tout le rapport

3. Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?

- | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| a. Clarté | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| b. Organisation/format | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| c. Utilisation de figures | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| d. Qualité des analyses | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| e. Niveau de détail | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| f. Longueur | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |

Utilité du rapport

4. Veuillez indiquer si vous avez trouvé ces sections utiles en inscrivant un « X » vis-à-vis la catégorie la plus appropriée :

- | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|
| Points saillants | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Une année dans la vie du système de santé canadien | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Les soins et l'entraide | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Les gens, les coûts, l'information | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Le résultat des soins | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Santé publique : on veille au grain | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Soigner la maladie : consommation et coûts des médicaments au Canada | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Conclusion | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Indicateurs de santé 2002 (encart) | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Assez utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |

5. Comment prévoyez-vous utiliser l'information contenue dans le rapport?

Autres commentaires

6. Qu'est-ce qui vous a semblé le plus utile dans le rapport?

7. Que feriez-vous pour améliorer le rapport? Avez-vous des suggestions pour les rapports à venir?

Renseignement sur les lecteurs

8. Où habitez-vous?

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Terre-Neuve | <input type="checkbox"/> Saskatchewan |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse | <input type="checkbox"/> Alberta |
| <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick | <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique |
| <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Yukon |
| <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Nunavut |
| <input type="checkbox"/> Manitoba | <input type="checkbox"/> À l'extérieur du Canada (veuillez préciser le pays) : |

9. Quel est votre poste ou votre rôle principal?

- Gestionnaire ou administrateur de services de santé
- Chercheur
- Membre du conseil
- Éducateur
- Analyste de politique
- Dispensateur de soins
- Représentant élu
- Étudiant
- Public
- Autre (veuillez préciser) _____

Merci pour vos commentaires!